



**МИНИСТЕРСТВО ПО НАЛОГАМ И СБОРАМ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ВСЕРОССИЙСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ НАЛОГОВАЯ АКАДЕМИЯ**

ПЕРЕЖОГИН Л. О.

ОБЩАЯ СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

(УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ)

МОСКВА 2003

Об авторе: Пережогин Лев Олегович, врач психиатр, психотерапевт, нарколог, кандидат медицинских наук, доцент кафедры Уголовно-правовых дисциплин Юридического факультета Всероссийской Государственной Налоговой Академии Министерства по налогам и сборам РФ, ведущий спецкурса «Судебная психиатрия».

Рецензент: Вострокнутов Николай Васильевич, врач психиатр, психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Министерства Здравоохранения РФ.

Аннотация. Учебно-методическое пособие «Общая судебная психиатрия» в сжатой, конспективной форме излагает основы судебной психиатрии в объеме, необходимом для юриста, описывает действия юриста при назначении судебно-психиатрической экспертизы, подготовке материалов уголовного (гражданского) дела для передачи экспертам, помогает оценивать результаты экспертизы, правильно ориентироваться в содержании акта, понимать правовые последствия экспертных решений. Пособие

демонстрирует юристам многообразие симптоматики психических расстройств, знакомит с современными тенденциями развития законодательства в области судебной психиатрии. Для студентов юридических специальностей.

Предисловие

Судебная психиатрия – одна из важных дисциплин, преподаваемых юристам, хотя и не является в полной мере отраслью права. Задача этой дисциплины – дать юристам знания о видах психических расстройств, способах их диагностики, и навыки правильного использования этих знаний в процессуальной деятельности, как в уголовном, так и гражданском процессах.

В условиях законодательной и судебной реформы, осуществляемой в Российской Федерации, в свете различных событий, претерпеваемых российским обществом, при высоком уровне психических расстройств в популяции, роль судебной психиатрии в подготовке квалифицированных специалистов в области права значительно возрастает. Как следствие, необходимо современное пособие по этой дисциплине.

Изучение судебной психиатрии – важный шаг при подготовке квалифицированных специалистов для МНС России. Главной задачей курса является дать студентам такой объем знаний, чтобы они могли самостоятельно на практике принимать решение о необходимости назначения судебно-психиатрических экспертиз, грамотно формулировать вопросы, адресуемые экспертам, правильно подготавливать медицинские документы, необходимые в процессе экспертного исследования, понимать характер экспертных заключений, знать процессуальные последствия различных экспертных решений.

Душевный мир человека необычайно глубок. Наверно, это самая тонкая материя, которая только могла появиться за несколько миллиардов лет эволюционного процесса на Земле. И как следствие – где тонко, там и рвется... Это наиболее уязвимая часть нашего человеческого существа. Уходящий век стал веком парадоксов. Его история включает и самые вопиющие акты

жестокости, и примеры гуманизма, незнакомые предыдущим столетиям. И к наиболее уязвимым людям в обществе - душевнобольным - в последние годы мы стали, хочется верить, несколько терпимее.

Эта брошюра написана очень конспективно. Она ни в коем случае не претендует на роль учебника психиатрии. Главная задача настоящего пособия - в сжатой, конспективной форме изложить основы судебной психиатрии с позиций юриста, кратко описать действия юриста при назначении судебно-психиатрической экспертизы, подготовке материалов уголовного (гражданского) дела для передачи экспертам, научить оценивать результаты экспертизы, правильно ориентироваться в содержании акта, понимать правовые последствия экспертных решений. Вторая задача пособия - продемонстрировать юристам многообразие симптоматики психических расстройств, сформировать некоторую настороженность в отношении возможности обнаружения психических расстройств в судебно-следственной ситуации. Третья задача пособия - познакомить с современными тенденциями развития законодательства в области судебной психиатрии.

У юриста и врача-психиатра разные общественные роли. Но их совместная работа - важный шаг в построении демократического общества, построенного на принципах справедливости и гуманности.

Основы судебной психиатрии.

Судебная психиатрия - часть психиатрии и, следовательно, медицинская дисциплина. Однако, судебная психиатрия является наукой, ориентированной на решение правовых вопросов, используя законодательные нормы вместе с медицинскими методами исследования. Как медицинская наука она занимается диагностикой и лечением психических расстройств, но в ее задачи

входит также и оценка этих расстройств в контексте уголовного или гражданского права. Этим обстоятельством и обусловлена важность изучения судебной психиатрии юристами.

Судебная психиатрия решает ряд клинических вопросов, имеющих многочисленные правовые последствия. Это вопросы вменяемости и невменяемости, применения ст. 22 УК РФ, дееспособности и недееспособности, учреждения опеки, способности давать показания (свидетелями, потерпевшими, обвиняемыми), способности отбывать наказание, выбор принудительных мер медицинского характера, психиатрическая помощь осужденным и т.д. В связи с таким большим перечнем вопросов существует столь же обширная законодательная база, с опорой на которую решает эти вопросы судебная психиатрия.

В арсенале судебной психиатрии – все доступные современной медицине методы исследования. Это *клинико-психопатологический* метод, включающий расспрос больного¹ о его актуальном состоянии и прошлой жизни (*анамнез* – история жизни до обращения к врачу, *катамнез* – после лечения), оценку сообщенной им информации и сравнение с информацией, поступившей из относительно объективных источников: от родственников, друзей, из медицинских документов, наблюдение за больным. Это *экспериментально-психологические* (патопсихологические, нейропсихологические) методы, которые позволяют объективно оценить состояние памяти, мышление, интеллект, эмоции, личностные особенности больного. Это данные, полученные в результате обследования другими клиническими специалистами – невропатологом, окулистом, терапевтом, сексопатологом и т.д., и результаты *параклинических* (инструментальных) методов исследования, анализов.

Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) подразумевает исследование сведущим в области психиатрии лицом (экспертом) участников уголовного или гражданского процесса с целью оценки их психического состояния в определенный (юридически значимый)

период. В конечном итоге цель судебно-психиатрической экспертизы – помочь в установлении истины.

В России судебно-психиатрическая экспертиза осуществляется в соответствии с «Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в РФ (СССР)» Министерства Здравоохранения РФ (в соответствии со ст.11 Закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ») (далее – Инструкция МЗ РФ), Основами законодательства об охране здоровья граждан, Законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», УК, УПК, ГК, ГПК, КоАП РФ. Текст *Инструкции МЗ РФ* приводится в приложенииⁱⁱ.

Судебно-психиатрическая экспертиза может производиться в гражданском судопроизводстве, уголовном процессе, а также в административном судопроизводстве (в случаях, когда дело об административном правонарушении рассматривается судьей). Судебно-психиатрическая экспертиза производится в порядке, установленном процессуальным законодательством, на основании определения или постановления суда или судьи, а также (в стадии предварительного расследования) постановления дознавателя, следователя, прокурора.

В задачи судебно-психиатрической экспертизы входит:

1. Определение психического состояния подозреваемого и обвиняемого и решение вопросов об их способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими во время совершения общественно опасного деяния и ко времени производства по делу, а также заключение о необходимости применения в отношении этих лиц мер медицинского характера (ч. 3 ст. 196 УПК; ст. 21, 81, 100 и 101 УК).

2. Определение психического состояния подозреваемого и обвиняемого и решение вопросов об их способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими во время совершения преступленияⁱⁱⁱ, а также заключение о необходимости применения в отношении этих лиц в случае их осуждения принудительных мер медицинского характера (ст. 22 ч. 2, ст. 99, ст. 104 УК).
3. Определение способности подозреваемого и обвиняемого по своему психическому состоянию самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве (п. 3 ст. 196 и п. 3 ч. 1 ст. 51 УПК).
4. Определение характера и степени вреда, причиненного преступлением здоровью потерпевшего (п. 2 ст. 196 УПК, ст. 111-115 и другие статьи УК), в случаях, когда указанный вред здоровью вызван психическим расстройством.
5. Определение психического состояния потерпевшего (п. 4 ст. 196 УПК), а также свидетеля и решение вопроса об их способности по состоянию психического здоровья правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания (ч. 4 ст. 195 УПК и п. 2.2.2. ст. 61 ГПК).
6. Определение наличия или отсутствия психических расстройств, обуславливающих беспомощное состояние потерпевшего (п. «з» ч. 1 ст. 63, ч. 2 п. «в» ст. 105, ч. 2 п. «б» ст. 111, ч. 2 п. «г» ст. 117, ст. 125, ч. 1 ст. 131 и ч. 1 ст. 132 УК).
7. Определение психического состояния лица, в отношении которого рассматривается дело о его

гражданской дееспособности, и решение вопроса о способности этого лица по состоянию психического здоровья понимать значение своих действий или руководить ими (ст. 29 ГК, ст. 260 ГПК).

8. Определение психического состояния гражданского истца и ответчика и решение вопроса об их способности по состоянию психического здоровья понимать значение своих действий или руководить ими в момент заключения сделки (ст. 177 ГК) или совершения иного юридического действия, в связи с которым ведется производство по гражданскому делу (заключения брака, трудового договора и т.д.).
9. Определение психического состояния лица, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении и решение вопроса о его способности во время совершения противоправных действий (бездействия) осознавать фактический характер и противоправность своих действий (бездействия) либо руководить ими (ст. 2.8. КоАП).

В принципе, перечень задач судебно-психиатрической экспертизы может быть расширен, исходя из соображений необходимости.

Экспертиза может быть проведена в стенах *экспертного учреждения* (стационарная, амбулаторная) или вне экспертного учреждения (в суде, на дому у подэкспертного, других местах, если там имеются условия для ее проведения). Наиболее совершенной формой является, разумеется, *стационарная СПЭ*, которая позволяет провести все необходимые исследования и, главное, в течение длительного срока (30 дней) *наблюдать* за больным. В то же время наиболее распространенной формой является *амбулаторная СПЭ*, на которую приходится приблизительно три четверти всех экспертиз. Амбулаторная экспертиза подразумевает однократное

комиссионное освидетельствование подэкспертного. В большинстве случаев это оказывается достаточным для экспертного заключения, но иногда эксперты затрудняются с окончательными выводами и рекомендуют назначить стационарную СПЭ.

В случаях, если для решения поставленных перед экспертами вопросов, необходимы знания различных специалистов, назначается *комплексная экспертиза*, в которой кроме психиатров могут принимать участие нарколог, психолог, сексопатолог.

Экспертное учреждение - специализированное учреждение и специализированные подразделения учреждений, создаваемые федеральными органами исполнительной власти или органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (ч. 1 и 2 ст. 11 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»). Экспертное учреждение может состоять из одного или нескольких судебно-психиатрических экспертных отделений. Они могут быть трех типов: амбулаторные, стационарные для лиц, не находящихся под стражей, стационарные для лиц, находящихся под стражей. В отделениях может осуществляться не только экспертная работа, но и медицинская (в том числе – психиатрическая) помощь.

Эксперт - работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей (ст. 12 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»^{iv}). У эксперта имеются *права и обязанности*.

Эксперт имеет право:

1. Знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету порученной ему экспертизы.
2. Ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения.
3. Ходатайствовать перед руководителем экспертного учреждения о необходимости привлечения к

производству экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения.

4. Участвовать с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда в следственных или судебных действиях и задавать участникам этих действий вопросы, относящиеся к предмету экспертизы.
5. Давать в пределах своей компетенции заключение по вопросам, хотя и не поставленным перед ним, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования (право экспертной инициативы).
6. Делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или его показаний.
7. Приносить жалобы на действия (бездействие) дознавателя, следователя, прокурора, суда (судьи), нарушающие права эксперта.
8. Получать возмещение расходов, связанных с явкой к дознавателю, следователю, прокурору или в суд (расходы по проезду, найму жилого помещения, суточные), а в случаях, когда экспертиза производилась на платной основе, получать вознаграждение за проведенную экспертизу.

Эксперт не имеет права:

1. Самостоятельно собирать объекты и материалы для экспертного исследования.
2. Без ведома органа или лица, назначивших экспертизу, вести переговоры с участниками процесса по вопросам, связанным с судебной экспертизой; вступать в личные контакты с участниками процесса и иными лицами,

если это ставит под сомнение незаинтересованность эксперта в исходе дела.

3. Сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших.
4. Принимать поручение о производстве экспертизы в экспертном учреждении непосредственно от каких-либо органов или лиц (включая дознавателя, следователя, прокурора, судей), кроме руководителя экспертного учреждения, в котором работает эксперт.

Эксперт обязан:

1. Принять к производству порученную ему экспертизу, провести полное исследование предоставленных ему объектов и материалов, включая необходимое обследование подэкспертного (при очной экспертизе) и дать обоснованное заключение по вопросам, поставленным на разрешение данной экспертизы.
2. Отказаться от дачи экспертного заключения если экспертиза назначена с нарушением законодательства, поставленные вопросы выходят за границы его компетенции, объем и характер представленных материалов недостаточен для дачи заключения, подэкспертный отказывается от исследования (тогда, когда это возможно по закону).
3. Являться по вызову дознавателя, следователя, прокурора, суда в предусмотренных процессуальным законом случаях в связи с назначаемой, назначенной или уже проведенной экспертизой (для производства экспертизы за пределами экспертного учреждения или для допроса в качестве эксперта).

4. Заявить руководителю экспертного учреждения самоотвод при наличии данных, указанных в законе в качестве оснований для отвода судебного эксперта.
5. Обеспечить сохранность представленных объектов исследования и материалов дела.
6. Не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, сведения, составляющие государственную, врачебную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну.
7. Не разглашать данные предварительного расследования, ставшие ему известными в связи с участием в уголовном деле в качестве эксперта, если эксперт был об этом заранее предупрежден дознавателем, следователем или прокурором в порядке, установленном ст. 161 УПК.

Производство экспертиз в экспертном учреждении организуется с соблюдением принципов: законности; соблюдения прав и свобод человека и гражданина; независимости эксперта; объективности, всесторонности и полноты экспертных исследований, проводимых с использованием современных достижений науки (статьи 5-8 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»). Основаниями производства экспертизы в экспертном учреждении являются постановление или определение о ее назначении, вынесенные дознавателем, следователем, прокурором, судом или судьей. Экспертиза считается назначенной со дня вынесения постановления или определения (ч. 1 ст. 19 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»).

В соответствии со ст. 21 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»

организация и производство комиссионной экспертизы возлагается на руководителя экспертного учреждения. Комиссия экспертов согласует цели, последовательность и объем предстоящих исследований, исходя из необходимости решения поставленных перед ней вопросов. В составе экспертной комиссии, которой поручено производство экспертизы, каждый эксперт независимо и самостоятельно проводит исследования, оценивает результаты, полученные им лично и другими экспертами, и формулирует выводы по поставленным вопросам в пределах своих знаний. Один из экспертов указанной комиссии может выполнять роль эксперта-организатора (председатель экспертной комиссии); его процессуальные функции не отличаются от функций остальных экспертов.

Основную работу с подэкспертным ведет эксперт-докладчик. На него возлагается обязанность ведения истории болезни подэкспертного и составления проекта акта экспертизы.

Юристы должны знать, что производство экспертизы и ее выводы зависят не только от опыта и квалификации психиатров-экспертов, но и от полноты и достоверности предоставленной им информации. Перед тем, как передать дело в распоряжение экспертов, следствие (суд) должны собрать необходимые документы, выяснить имеющие важное значение при производстве экспертизы факты.

К делу, передаваемому в распоряжение экспертов, необходимо приобщить *медицинскую документацию*, которую необходимо запросить в соответствующих медицинских учреждениях. В каких медицинских учреждениях наблюдалось лицо, в отношении которого назначается экспертиза, надо выяснить у него самого, у родственников и знакомых, у врачей, которые его наблюдали постоянно. Необходимо запрашивать не только сведения из психиатрических учреждений (больниц, диспансеров), но и из учреждений общего профиля, поскольку в этих документах могут

содержаться очень важные факты. Надо допросить родителей и (или) близких лиц, друзей, сослуживцев, которые могли заметить какие-либо особенности в поведении лица, в отношении которого назначается экспертиза. В частности, у матери нужно выяснить, как протекали беременность и роды, как проходило раннее психическое развитие (когда начал ходить, говорить слова, фразы), какие были заболевания и травмы в детском возрасте, любимые игры, наличие друзей, поведение в детском саду и школе, увлечения, отдельно попросить отметить возможные странности в поведении. Подобные сведения можно выяснить у учителей, соседей, если не ограничиваться формальными характеристиками.

Если лицо, которому назначается экспертиза, наблюдалось врачом-психиатром, желательно кроме соответствующих медицинских документов получить его показания. Важные сведения могут содержаться в показаниях жен (мужей), детей, сослуживцев, специалистов частных (негосударственных) медицинских учреждений. Если лицо, которому назначается экспертиза, ранее находилось под следствием, очень важно приобщить к настоящему делу архивные материалы, сведения из мест лишения свободы, а возможно, в деле будут и акты предшествующих СПЭ.

Свидетелей (потерпевших) по настоящему делу надо спрашивать не только о формальной стороне событий, но и о деталях поведения лица, в отношении которого назначается экспертиза^v. Что он (она) говорил, как двигался, куда смотрел, какое выражение лица было в момент правонарушения, реагировал ли на уговоры, понимал ли обращенную к нему речь, что делал потом – все эти факты могут иметь решающее значение для квалификации состояния подэкспертного.

В гражданском процессе свидетельские показания часто приобретают решающее значение. Необходимо помнить, что эксперт не может оценить, где свидетель говорит правду, а где умышленно или не нарочно лжет, это прерогатива суда. Часто

бывает так, что в руки экспертов попадают противоречивые показания, исключаящие друг друга, что затрудняет экспертную работу. При подготовке материалов дела можно обратиться за консультацией к психиатру-эксперту, который поможет уточнить, какие документы следует еще собрать, какой вид СПЭ целесообразно провести (амбулаторную или стационарную). Инструкцией о производстве СПЭ в СССР (1970) для этих целей предусмотрена *экспертиза в кабинете следователя*.

Судебно-психиатрическая экспертиза может быть проведена: в кабинете следователя, амбулаторно, стационарно, в судебном заседании, заочно (посмертно). Также принято выделять первичную, дополнительную и повторную экспертизы. *Дополнительная экспертиза* проводится тем же составом экспертов в том же экспертном учреждении. Необходимость ее проведения диктуется вновь открывшимися обстоятельствами, которые не были ранее известны следствию (суду) и не сообщались эксперту. *Повторная экспертиза* назначается иному составу экспертов или иному экспертному учреждению, если возникли сомнения в правильности сделанных экспертами выводов.

Амбулаторные экспертизы могут проводиться в амбулаторном отделении экспертного учреждения, а для лиц, содержащихся под стражей (по согласованию с администрацией СИЗО) в следственном изоляторе, если там созданы необходимые условия для производства экспертизы. Длительность амбулаторной экспертизы не должна превышать 20 дней с момента предоставления экспертам материалов дела и медицинской документации до окончания экспертизы. Однако если эксперты ходатайствовали о предоставлении им дополнительных материалов, время ожидания исключается из сроков экспертного исследования. В результате проведения амбулаторной экспертизы эксперты не всегда приходят к ответам на поставленные вопросы, поскольку условия

амбулаторной СПЭ не оптимальны для исследования и возможности экспертов в анализе трудных случаев ограничены. В таком случае эксперты рекомендуют назначение стационарной СПЭ.

Стационарная СПЭ проводится в стационарном отделении экспертного учреждения. Для содержащихся под стражей и бесстражных подэкспертных нужны разные отделения. Подэкспертный помещается в стационарное отделение для проведения экспертизы на срок до 30 дней (ст. 30 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»). В случае необходимости по мотивированному ходатайству эксперта или комиссии экспертов срок пребывания подэкспертного в стационарном отделении может быть продлен постановлением судьи районного суда по месту нахождения стационарного отделения еще на 30 дней. В случае отказа судьи в продлении срока пребывания подэкспертного в стационарном отделении он подлежит выписке из отделения. В исключительных случаях в том же порядке возможно повторное продление срока пребывания лица в стационарном отделении. При этом общий срок пребывания подэкспертного в стационарном отделении при производстве одной стационарной экспертизы не может превышать 90 дней. Поводом для продления сроков экспертного исследования может быть сложность случая или отсутствие необходимых для исследования материалов. После того, как эксперт (при единоличной экспертизе) или эксперты (на заседании комиссии) приняли экспертное решение, подэкспертный подлежит выписке из стационарного экспертного отделения.

Заключение (*акт экспертизы*) должно быть составлено и подписано не позднее 10 дней после принятия экспертного решения.

Акт судебно-психиатрической экспертизы это письменный документ, в котором в соответствии с процессуальным

законодательством (УПК и ГПК) отражаются основания и условия производства судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ); вопросы, поставленные перед экспертом или экспертами; проведенные ими исследования, а также излагаются экспертные выводы. Акт СПЭ является доказательством по уголовному и гражданскому делу.

Акт СПЭ составляется в печатном виде за подписью всех экспертов, проводших экспертизу, и скрепляется печатью учреждения, в котором проводилась СПЭ. Общий срок составления заключения (акта) СПЭ - не позднее 10 дней после окончания экспертных исследований и формулирования экспертных выводов (включая случаи, когда из-за разногласий между экспертами ими составлялось более одного экспертного заключения). При производстве комиссионной экспертизы акт пишется врачом-докладчиком и согласуется с остальными членами комиссии. В случае возникновения разногласий между экспертами, каждый из них или эксперт, который не согласен с другими, дает отдельное заключение.

Акт состоит из общей части, исследовательской части, мотивировочной части (выводов экспертов и их обоснования). В *общей части* отражается: время и место производства судебно-психиатрической экспертизы, основания производства судебно-психиатрической экспертизы, сведения об органе или чиновнике, назначивших экспертизу (кем назначена, почему), сведения об экспертном учреждении и экспертах (имя, специальность, стаж работы, ученые степени и звания, должность), вопросы, поставленные перед экспертами^{vi}. Здесь необходимо указать, является экспертиза первичной или повторной, где проводились прежде экспертизы, к каким выводам приходили эксперты, почему назначена новая. Здесь же эксперты расписываются в том, что предупреждены об ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

Ниже излагаются анамнестические сведения – в хронологическом порядке, с указанием источника (материалы дела, медицинские документы, рассказ подэкспертного о себе). Желательно описывать анамнез как можно подробнее, отразить раннее развитие, учебу, службу в армии, супружество, последовательность развития болезни, криминальные эпизоды в прошлом. Из анамнеза должны быть ясны не только факты жизни подэкспертного, но и особенности его личности. Если выявлялись психические расстройства, необходимо отразить не только их симптомы (или формальный диагноз), но и отношение к ним подэкспертного, их влияние на его жизнь^{vii}. Важно отразить реакции подэкспертного на психические травмы, смерть близких, иные жизненные коллизии. Необходимо (а в гражданском процессе порой принципиально важно) описать соматические болезни и травмы, перенесенные подэкспертным. Как заключение анамнеза излагается фабула настоящего дела, которую надо описать подробно. Наиболее важными являются сведения, характеризующие психическое состояние подэкспертного в период совершения правонарушения, которые можно получить в основном из показаний свидетелей (потерпевших). В случае проведения судебно-медицинской экспертизы^{viii}, экспертизы оружия и т.д. необходимо использовать объективные сведения, содержащиеся в заключениях экспертов. Важно отразить и показания подэкспертного, а если они менялись, продемонстрировать их динамику. Целесообразно отразить особенности поведения подэкспертного в СИЗО. При изложении информации надо ссылаться на ее источник.

Исследовательская часть содержит описание соматического, неврологического и психического состояния. В ней необходимо описать общее состояние подэкспертного, включить данные анализов, параклинических исследований, заключения терапевта, хирурга, окулиста, невропатолога и врачей других специальностей. Всем обнаруженным изменениям в состоянии подэкспертного

должна даваться клиническая оценка. Центральной частью является, разумеется, *психический статус* подэкспертного. В психическом статусе необходимо отразить состояние сознания, ориентировку, характеристики памяти, мышления, интеллекта, эмоциональной сферы, речи, особенности настоящего состояния (с описанием симптомов, синдромов) и отношение подэкспертного к пережитым болезненным эпизодам, наиболее колоритные фрагменты речи подэкспертного необходимо передать в неизменном виде. В статусе необходимо описывать и поведение подэкспертного во время беседы, мимику, жесты, эмоциональное реагирование. Должны быть отражены особенности речи, контакта с врачом, жалобы больного и их характер (спонтанность, субъективное переживание тех или иных симптомов, их критическая оценка больным). В ходе беседы должно быть выяснено отношение подэкспертного к правонарушению. Психический статус необходимо дополнить данными экспериментально-психологического исследования, а в случае стационарной СПЭ – результатами наблюдения в клинике. Исследовательская часть завершается общей оценкой состояния подэкспертного.

Мотивировочная часть (выводы и их обоснование) содержит оценку психического состояния подэкспертного и ответы на вопросы с подробным обоснованием. Если по ряду вопросов невозможно дать ответ, тогда это также обосновывается. Все специальные термины, употребленные экспертами, должны быть разъяснены. Если выводы экспертов расходятся с выводами предшествующей экспертизы, необходимо объяснить причину расхождений. Если проводилась комплексная СПЭ, то специалисты (психолог, нарколог, сексопатолог) отвечают также на адресованные им вопросы.

Подписи экспертов заверяются печатью экспертного учреждения.

Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном праве

включает в себя экспертизу участников уголовного процесса (обвиняемых, подсудимых, свидетелей, потерпевших) и осужденных. Ключевыми понятиями СПЭ в уголовном процессе является вменяемость и невменяемость.

Невменяемость (ст. 21 УК РФ) – это состояние, во время которого лицо «не может осознавать фактический характер своих действий (бездействия) либо руководить ими». Оно развивается в силу наличия *психического расстройства* – хронического, временного, слабоумия или иного болезненного состояния психики. Принято говорить о *медицинском критерии* невменяемости (собственно, наличие психического расстройства, формы которого оговорены в ст. 21 УК РФ), и *юридическом (психологическом) критерии* невменяемости – способности осознавать (*интеллектуальный признак*) фактический характер своих действий и руководить (*волевой признак*) ими. Таким образом, чтобы быть признанным невменяемым, лицо должно на момент совершения правонарушения страдать психическим расстройством, которое лишало бы его способности либо осознавать фактический характер своих действий, либо – руководить ими (или и то, и другое вместе).

Статья 22 УК РФ (Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости) обычно обозначается как «*ограниченная вменяемость*», хотя и не совсем соответствует этой юридической норме, известной в зарубежном законодательстве. Главной в ней является часть 2, позволяющая назначать принудительные меры медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, и фактически признающая психическое расстройство смягчающим вину обстоятельством. Статья 22 УК РФ появилась в 1997 году. Она применяется экспертами не так уж часто и ее критерии в

настоящий день разрабатываются психиатрами-экспертами применительно к различным состояниям^{ix}.

При назначении СПЭ необходимо поставить перед экспертами вопросы о вменяемости (невменяемости) подэкспертного. Надо спросить, страдает ли он (она) каким-либо психическим расстройством, и если да, то каким именно вообще (хроническое психическое расстройство и слабоумие) и страдал (страдала) ли в период совершения правонарушения (временное психическое расстройство), или обнаруживал иное болезненное состояние психики, лишавшее его возможности (способности) осознавать (для ст. 22 УК РФ – в полной мере осознавать) фактический характер своих действий (бездействия) или руководить ими.

В рамках СПЭ в уголовном процессе может решаться вопрос о способности обвиняемого (свидетеля, потерпевшего) участвовать в судебно-следственных действиях, в частности – давать показания. Этот вопрос обусловлен тем, что психическое расстройство может возникнуть и у подэкспертного, совершившего правонарушение в состоянии вменяемости, и иметься у потерпевшего либо свидетеля, искажая их показания. Ст. 81 УК РФ также позволяет *освободить от наказания* лиц, заболевших после совершения правонарушения или после вынесения приговора.

Поэтому экспертам может быть поставлен вопрос, способен ли подэкспертный правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания (если у него выявлено психическое расстройство). В рамках комплексной психолого-психиатрической экспертизы круг вопросов может быть расширен. Можно выяснить, нет ли у свидетеля (потерпевшего) склонности к фантазированию (особенно, если речь идет о несовершеннолетних), мог ли потерпевший правильно понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий, мог ли потерпевший оказывать

сопротивление, могло ли его состояние соответствовать критериям *беспомощного состояния* и т.д.

В отношении несовершеннолетних может решаться вопрос о соответствии психического развития возрасту (ст. 20 ч. 3). В данном случае вопрос экспертам лучше формулировать следующим образом: «Имеется ли у несовершеннолетнего ... отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством, в силу которого он во время совершения правонарушения не мог в полной мере осознавать фактический характер своих действий (бездействия) либо руководить ими?».

Лицам, признанным невменяемыми, либо в отношении которых применены ст. 22 или ст. 81 УК РФ могут быть назначены принудительные меры медицинского характера (статьи 97-104 УК РФ). Назначает их суд, руководствуясь рекомендациями экспертов. Перед экспертами необходимо поставить вопрос, нуждается ли подэкспертный в применении принудительных мер медицинского характера, и если да, то каких именно^x.

В ряде случаев (довольно редко) в уголовном праве используется заочная (посмертная) экспертиза. Как правило, она назначается по делам, где предполагается самоубийство, либо в отношении лиц (потерпевших) сообщивших следствию важные сведения непосредственно перед смертью.

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском праве. В последние годы отмечается рост числа СПЭ по гражданским делам. Ключевыми понятиями СПЭ в гражданском процессе являются *дееспособность* (ст. 21 ГК РФ) и *недееспособность* (ст. 29 ГК РФ).

Недееспособность – это неспособность гражданина вследствие психического расстройства «понимать значение своих действий или руководить ими». Как и в случае невменяемости здесь присутствуют медицинский (психическое расстройство) и юридический критерии.

Вопрос о недееспособности возникает в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, с целью установления над ними опеки, в ходе рассмотрения дел о признании сделки недействительной, при признании недействительным брака и в ходе ряда бракоразводных процессов. В то же время спектр дел, по которым может быть назначена СПЭ в гражданском процессе, весьма широк. Это и иски к врачам-психиатрам и психиатрическим учреждениям (например, о незаконности помещения в психиатрический стационар^{xi}), и вопросы, связанные с ограничением родительских прав, и спор об ограничении способности выполнять определенный род деятельности.

В зависимости от ситуации формулируются соответствующие вопросы экспертам.

В России население обладает, к сожалению, очень низким уровнем юридической грамотности. В связи с этим на плечи юристов ложится высокая ответственность по защите прав граждан. Поскольку судебно-психиатрическая экспертиза требует специальных познаний в области психиатрии, ее осуществляют врачи психиатры. Назначение СПЭ – часть работы юриста. И хотя существует ряд случаев, в которых обязательность назначения СПЭ диктуется законом (например, при лишении гражданина дееспособности), или когда необходимость СПЭ не вызывает сомнений (крайне жестокое преступление, преступление совершено лицом, страдающим хроническим психическим расстройством), во многих случаях СПЭ назначается по субъективным причинам. Для того, чтобы выносить обоснованные решения о назначении СПЭ, юристы должны знать основы психопатологии.

Симптоматика расстройств.

психических

Человеческое тело - живой организм, и жизнь его возможна только при условии, что все его органы и системы выполняют свои функции в достаточном объеме. Разумеется, каждый орган и каждая система имеют собственные резервы «функциональной прочности», а также способны в той или иной мере адаптироваться к изменяющимся условиям окружающей среды и внутренней среды организма в целом. Если, однако, такая адаптация нарушается, то возникает особое состояние, характеризующееся своими причинами возникновения, развитием, проявлениями, исходом, называемое болезнью.

Болезнь - состояние всего организма в целом, значительно влияющее на функционирование всех его частей. Нелепо воспринимать организм как техническое устройство, в котором отдельные блоки независимы друг от друга и могут быть исправлены или заменены без последствий для других деталей.

В клинической медицине есть особое понятие - нозологическая форма. Когда говорят об определенной болезни, как о нозологической форме, подразумевают, что эта болезнь (это патологическое состояние) отличается от других патологических состояний по ряду критериев. Критериями выделения какого-либо состояния в самостоятельную нозологическую форму, как правило, служат: знание причины (этиологии) данной болезни, физиологических механизмов ее развития (патогенеза), внешних и внутренних проявлений (симптомов), которые, будучи связаны друг с другом патогенетически, объединяются в устойчивые симптомокомплексы - синдромы, совокупность которых, в свою очередь, формирует клиническую картину болезни, а также ее течения (времени появления и исчезновения симптомов и синдромов, закономерности их смены, изменения под влиянием

сопротивляемости организма и лечения) и исхода (выздоровление, хронизация, смерть).

Таким образом, если болезнь - расстройство функционирования каких-либо систем или органов, например, легких или почек, то психическая болезнь - расстройство системы, отвечающей за психику, совокупность функций высшей нервной деятельности, свойственных наиболее высокоорганизованным существам, часть из которых, такие, как мышление и самосознание, возможно, присущи в полной мере только человеку. Таким образом, психическая болезнь является расстройством функционирования, в первую очередь, головного мозга. Распознаванием и лечением психических болезней и занимается психиатрия.

Справедливо замечание, что поскольку человек является существом с чрезвычайно сложно организованной психической деятельностью, очень трудно определить границу, которая строго разделила бы психическую норму со всеми разнообразными ее вариантами и психическую патологию. В отличие от большинства разделов клинической медицины, в большинстве случаев психиатрия не располагает убедительными данными об этиологии и патогенезе психических болезней. Основным критерием заболевания является в данном случае его клиническая картина. И не смотря на то, что психиатрия выделилась в самостоятельную клиническую дисциплину уже более 200 лет назад, и знания и опыт врачей-психиатров постоянно совершенствовались, в оценке ряда состояний психической деятельности возможен известный субъективизм. Именно поэтому в психиатрии особое значение приобретает клиническая практика.

Если заглянуть в медицинские справочники, станет очевидно, что выраженные психические расстройства встречаются у 2-5% населения. Разнообразие их весьма велико. Сегодня существует несколько конкурирующих классификаций психических болезней («психических расстройств» в

англоязычной литературе), основанных на различных принципах. Ниже мы будем стараться придерживаться традиционных представлений отечественной психиатрической школы, в основном потому, что большинство понятий, которыми нам придется оперировать, прочно вошли в обиход, став привычными и, порой, обыденными словами.

Хотя мы прекрасно понимаем, что в большинстве случаев современная психиатрия не располагает точными данными о происхождении душевных болезней, за долгие годы своего существования эта наука прошла, будем надеяться, значительную часть пути к пониманию данной проблемы. Накоплено много достоверных данных, свидетельствующих о полиэтиологическом происхождении психических болезней. Основными причинами, приводящими к душевным болезням, являются, с точки зрения современной психиатрии, следующие:

Наследственная предрасположенность. Особенное значение фактор наследования по-видимому, играет в происхождении заболеваний, так или иначе связанных с нарушением тонких механизмов работы мозга, например, обмена нейромедиаторов, количества и уровня развития связей между нейронами, и т.д. Долгое время ведутся споры относительно типа наследования таких заболеваний, как шизофрения и эпилепсия. Данные популяционной генетики, генеалогических исследований, в частности - близнецового метода - свидетельствуют скорее о полигенетическом их наследовании. Немалую роль играет в данном случае и низкая пенетрантность (одно из свойств гена в классической генетике - способность аллели проявлять свое действие, реализовывать свое присутствие на уровне признака) генов, ответственных за наследование психических болезней, позволяющая им накапливаться в популяции, несмотря на противодействие естественного отбора.

Биохимические нарушения, как наследуемые, так и приобретенные. Исследования в этой области находят практический выход в применении психофармакологических средств. Большинство гипотез в этой области сводятся к нарушению нейромедиаторного обмена («дофаминовая» гипотеза, нейротрансмиттерная гипотеза (роль серотонина, гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), моноаминоксидазы (МАО) и др. веществ, участвующих в обеспечении обмена медиаторов), а также обмена нейропептидов - эндорфинов (естественных морфиноподобных веществ) и энкефалинов.

Иммунологические нарушения на уровне дефицита систем неспецифической гуморальной защиты - системы комплемента (группа белков плазмы крови, способных при определенных условиях активировать друг друга и формировать сложные белковые комплексы, обладающие способностью активно воздействовать на антиген), пропердина, а также аутоиммунная патология. Важную роль играют, по-видимому, нарушения активности Т-лимфоцитов.

Органическая природа психических болезней. Для ряда заболеваний установлены вполне определенные морфологические критерии. При различных процессах, приводящих к нарушению морфологической структуры мозга (травмы, интоксикации) описаны соответствующие психические нарушения. Предпринималось много попыток описать патологоанатомическую картину психозов, однако общих закономерностей, обнаруживаемых на клеточном и макроскопическом уровнях, выявить не удалось.

Инфекции, паразитарные инвазии. Классическим примером психического заболевания, в полной мере отвечающего нозологическому принципу, является прогрессивный паралич - особая форма сифилиса нервной системы.

Психотравмы. Одной из наиболее популярных гипотез в настоящее время является гипотеза нарушения «барьера психической адаптации», базирующегося на биологической и

социальной основах. Срыв адаптации в результате психотравмы, превышающей компенсационные возможности личности, приводит к болезни.

В большинстве случаев в психиатрии принято деление заболеваний на «эндогенные», т. е. возникшие, исходя из внутренних причин (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), и «экзогенные», спровоцированные воздействием окружающей среды. Причины последних выглядят более очевидными. Патогенез большинства психических болезней может быть представлен только на уровне гипотез.

Наука о патологических проявлениях психической жизни человека называется **психопатология**. Она включает в себя феноменологические (от «феномен» в смысле «случай, явление») описания патологических признаков, которые должны отражать результат объективного наблюдения, данные экспериментов, например о взаимосвязи патологических явлений с психологическими процессами, и в меньшей степени, данные, полученные в результате теоретических исследований. Исторически психопатология формировалась как описательная наука, какой она и остается в значительной степени по сей день.

Фактически родоначальником системного феноменологического подхода в психопатологии явился Карл Ясперс, чей фундаментальный труд «Общая психопатология» увидел свет в 1913 году^{xii}. Эта книга до настоящего времени осталась самым лучшим и самым подробным описанием психопатологических феноменов.

В этой главе мы опишем симптомы психических расстройств. Симптом – это клинический критерий патологического состояния организма (Снежневский А. В.), это проявление психического расстройства, которое мы можем зафиксировать при наблюдении своими органами чувств либо приборами. По одному симптому

нельзя судить о болезни. Это только знак, свидетельствующий о неблагополучном состоянии организма в целом. Однако, обнаружив симптом, мы *должны предположить* наличие психического расстройства.

Любая классификация симптомов условна. Обычно (и мы тоже будем придерживаться этого принципа) симптомы делят на классы, исходя из *преимущественного* поражения того или иного психического процесса (восприятия, мышления, памяти etc.). В 1920-е годы в работах М. О. Гуревича и М. Я. Серейского с опорой на работы И. М. Сеченова был использован физиологический принцип классификации, отражающий уровень симптома относительно звеньев рефлекторной дуги. С тех пор в большинстве отечественных руководств по психиатрии используется разделение на симптомы рецепторного отдела (часть дуги, ответственная за поступление информации), интрапсихические (подразумевается, что за их появления ответственна та часть рефлекторной дуги, что локализована в коре головного мозга) и эффекторные (часть дуги, ответственная за реализацию рефлекса)^{xiii}.

Класс 1. Рецепторные расстройства (сенсопатии) – это самые простые симптомы, «связанные с нарушением чувственного познания» (Снежневский А. В.). К ним относятся *гиперестезия* (повышение чувствительности к свету, звуку, запаху, когда негромкий звук слышится как громовой удар, а светотень выглядит четкой и контрастной, словно клетки шахматной доски) и *гипестезия* (обратное гиперестезии состояние, когда весь мир блекнет, теряет форму и контуры, интонации и т.д.). Необычная, произвольная фиксация второстепенных предметов и явлений называется *гиперметаморфозом*. Пациенты фиксируют взгляд на незначительных предметах, например, чередовании нитей в обивке дивана, складок гардин, чуть слышном шуме за окном.

Часто встречаются явления, называемые *сенестопатиями*. Это неприятные странные и обычно плохо локализуемые ощущения, исходящие из тела больного. Они могут быть охарактеризованы как стягивание, скручивание, переливание, жжение и т.д. Как правило, сенестопатии описываются больными не так, как обычные соматические (от греческого «сома» - тело) симптомы, описания чаще носят вычурный характер, а сами симптомы очень стойки.

Нарушение восприятия пространства и формы и размера предметов называется *метаморфопсией*. Предметы могут неестественно уменьшаться или увеличиваться^{xiv}, перекручиваться, надламываться. То же самое может происходить и с пространством.

Фактически этими феноменами исчерпывается перечень рецепторных расстройств. В то же время по достаточно формальным признакам в данный класс относят куда более сложные симптомы, условно объединяемые понятием *дереализации*. А. В. Снежневский указывал на промежуточное положение данной группы феноменов между рецепторными и интрапсихическими нарушениями.

Собственно дереализация – чувство неестественности, неправдоподобности окружающего мира, нередко сопровождающееся отчуждением собственных переживаний и ощущений, собственной личности (*деперсонализация*). Мир становится неузнаваемым, чуждым, как правило – обезличенным, лишенным красок, ирреальным. Нередко при данном состоянии возникают сомнения в реальности существования окружающего. В рамках дереализации могут отмечаться феномены «уже виденного (слышанного)» (незнакомое кажется знакомым) и «никогда не виденного (не слышанного)» (знакомое кажется незнакомым). Могут возникать расстройства осознания времени (безвременье, пустота, разорванное время, утрата различий между прошлым, настоящим и будущим)^{xv} и *олицетворенное осознание* – чувство присутствия в помещении постороннего (как правило, сопровождается сознанием ошибочности этого чувства)^{xvi}. В ряде

случаев отмечается *расстройство апперцепции* – утрата способности понимать смысл происходящего в силу нарушения связи явлений.

Класс 2. Интрапсихические расстройства. Это большая группа симптомов различного характера и природы. Их объединяет то, что все они реализуются в результате нарушений в высшем отделе мозга – коре. Условно их принято делить на расстройства ориентировки и самосознания, расстройства восприятия, мышления (включая бред), эмоций (аффективные расстройства), памяти (собственно это разделение тоже грешит условностью, поскольку явления психической жизни трудно представить в изолированной форме).

Расстройства ориентировки (во времени, ситуации, в месте, в собственной личности) проявляется неспособностью назвать дату и время года, ориентироваться в новом или хорошо знакомом месте, собственной личности (в том числе и в рамках бреда, например, бреда величия). Как правило, эти состояния длятся недолго, если сопровождают расстройства сознания, но долго, если являются следствием грубых органических патологических процессов (например, болезни Альцгеймера). Непонимание своего состояния, сопровождающееся беспокойством, вопросами о себе, своем местонахождении, называют *растерянностью*. Она возникает на фоне *нарушения самосознания* (нарушение чувства собственного «Я», различий между «Я» и «не Я», собственной целостности, границ своего тела, иногда – сосуществование двух противоречивых личностей, которые обе воспринимаются как собственное «Я»^{xvii}) вследствие острых расстройств психической деятельности.

В рамках расстройства ориентировки в собственной личности нужно рассматривать и *деперсонализацию* – отчуждение собственных психических свойств, перемену в самосознании, вследствие чего утрачивается чувство собственной реальности. Подобное состояние может сопровождаться чувством присутствия

дополнительных конечностей или «отделения» от тела, наблюдения за собой «со стороны»^{xviii}. Вероятно, деперсонализация – следствие искажения сознания (по В. Майер-Гроссу).

Расстройства восприятия включают иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации.

Иллюзия – искаженное восприятие реального объекта, полностью замещаемого ложным образом. При этом и реальный и иллюзорный объекты относятся к одной сфере чувств. Иллюзии бывают *аффективные* (как правило, возникают на фоне страха^{xix}), *вербальные* (искажение содержания речи окружающих) и *парейдолические* – фантастические образы, «воздушные замки» из облаков. К. Ясперс предостерегал от смешения понятий иллюзий и *ошибочных суждений*. Последнее представляет собой ложное умозаключение при сохранном восприятии, например человек принимает крышку от бутылки за монету на основании того, что видит на земле круглый блестящий предмет подходящего размера.

Галлюцинации – ложные восприятия, возникающие без участия реального объекта. Они могут возникать в любой сфере чувств (слуховые, зрительные, вкусовые, обонятельные, тактильные галлюцинации и *комплексные галлюцинации* – в нескольких анализаторах). Галлюцинации сопровождаются чувством реальности. Галлюцинирующий видит, слышит, осязает объект, реальный для него, а не представляет себе это. От зрительной галлюцинации можно отвернуться, чтобы не видеть ее, или закрыть глаза, чтобы не слышать «голосов» больные нередко зажимают уши. Такое поведение может служить объективным подтверждением существования галлюцинаций. Как правило, галлюцинации существуют в реальном времени и пространстве, что отличает их от *псевдогаллюцинаций*, однако бывают и исключения (*экстакампинные* зрительные галлюцинации вне поля зрения). Галлюцинации редко существуют изолированно, но как правило они – один из признаков *психоза*. Больные могут вести себя так, как

подсказывает им ситуация (спасаться от преследователей, чьи голоса слышны за стеной, нападать на людей, которых галлюцинаторный голос назвал врагами). Особенно опасны *императивные галлюцинации* – голоса, приказывающие больному сделать что-либо (убить, покончить с собой), которым он не в силах сопротивляться. Отдельно рассматривают галлюцинации в переходный период между сном и бодрствованием (*гипнагогические*, если предшествуют сну, и *гипнопомпические*, если предваряют пробуждение) и *функциональные* (сосуществуют с реальным раздражителем в той же сфере чувств, например, на фоне стука колес слышен голос, поезд останавливается, голос умолкает) и *рефлекторные* (сосуществуют с реальным раздражителем в иной сфере чувств, например, на фоне стука молотка возникают яркие вспышки света) галлюцинации.

Псевдогаллюцинации описаны русским психиатром В. Х. Кандинским^{xx}. Они лишены реальности, воспринимаются иначе, не отождествляясь с настоящими голосами или образами. Им свойственно чувство «сделанности» – привнесенности явлений в сознание актом чужой воли. Больные говорят о псевдогаллюцинациях «в пассивном залоге» – не «я вижу, слышу», а «мне показывают, транслируют». Псевдогаллюцинации могут локализоваться в субъективном пространстве, например в голове больного^{xxi}, восприниматься субъективными органами чувств^{xxii} («духовным зрением», «третьим глазом», «внутренним слухом»). Кроме псевдогаллюцинаций в сфере чувств встречаются и *кинестетические псевдогаллюцинации* – когда совершаемые действия носят характер чуждых, сопровождаются чувством сделанности, словно это акт чужой воли. Несмотря на то, что псевдогаллюцинаторные образы лишены реальности, больные не сомневаются в их действительности. По наблюдениям многих клиницистов псевдогаллюцинации встречаются чаще истинных галлюцинаций.

Расстройства мышления включают в себя нарушения течения мыслей, связей между мыслями, владения своими мыслями, навязчивости (обсессии) и бред.

Расстройства течения мыслей и связей между мыслями – это *ускорение* или *замедление мышления*, когда меняется темп и напор идей, мыслительных образов, ассоциаций. В крайнем случае мышление может приобретать форму неуправляемого и непрерывного потока мыслей (*ментизм*), когда мысли стремительно сменяют друг друга, создавая «вихрь идей». При *бессвязности мышления* наблюдается хаотическое нагромождение ассоциаций, образов, идей, в результате чего и речь больного представляет собой бессмысленный набор слов, нередко произносимых в рифму. Преобладание одной мысли над другими, ее постоянное возвращение, отраженное и в речи называют *персеверацией*. Внезапный обрыв мысли, сопровождающийся чувством потери нити беседы, растерянностью, называется *шперрунгом* (*закупорка мышления*). Сопоставление несвязанных ничем образов, явлений, умозаключений составляет *паралогическое мышление*. При нем наблюдаются *соскальзывания* (проявляется в речи смещением акцента на побочную тему с утратой логики изложения), *патологический полисемантизм* (искаженная трактовка смысла слов, как правило, по созвучию, с обнаружением «глубинного слоя» значений^{xxiii}), витиеватость мышления, использование неологизмов.

Навязчивости (обсессии) представлены мыслями, влечениями, чувствами. Их удобнее рассматривать вместе, хотя многие из них не соотносятся прямо с процессом мышления.

А. В. Снежневский предложил делить эти состояния на *отвлеченные навязчивости* (навязчивый счет, например, шагов, ступеней, навязчивые отвлеченные воспоминания, например, названий городов, имен, навязчивые рассуждения^{xxiv} (*бесплодное мудрствование*) на темы вроде формы Земли, смысла жизни) и *чувственные навязчивости* (воспоминания, как правило, неприятных

эпизодов жизни, навязчивые влечения (*компульсии*) совершать бессмысленные или противоправные поступки, навязчивые страхи (*фобии*), навязчивые действия). Все эти явления осознаются больными, часто воспринимаются как чуждые личности, характеризуются насильственностью, неодолимостью возникновения. В то же время навязчивые влечения, как правило, не претворяются в действия. Навязчивости очень широко распространены. Часто встречаются *фобии* (навязчивые страхи) самого различного содержания (страх темноты, высоты, собак, мышей, пауков, замкнутых пространств, открытых пространств, толпы, одиночества, болезни, смерти и т.д.). Фобии возникают несмотря на понимание бессмысленности страха и желание преодолеть его. Нередки *навязчивые сомнения* (выключен ли свет, газ, заперта ли дверь, не забыты ли нужные документы). Иногда навязчивости играют роль *ритуалов*, бессмысленных действий защитного или проверочного характера. Большинство навязчивостей мучительны для больных, что заставляет последних искать помощи у врачей.

Сверхценные идеи – это умозаключения, суждения, возникшие из реальности, но субъективно переоцененные, занимающее в сознании не по праву слишком заметное место. Они сопровождаются соответствующими их содержанию эмоциональными переживаниями, но не характеризуются тотальным вовлечением всей личности, что свойственно бреду.

Бред – это совокупность ложных представлений, умозакключений, логических связей между событиями, людьми, явлениями, изначально лишенных реальных оснований, полностью владеющих сознанием, не поддающихся коррекции.

Бред характеризуется убежденностью в непреложности истины составляющих его (бредовых) идей, невозможностью их коррекции (переубеждения), и хотя содержание бредовых идей может носить абсурдный характер, а им бывают противопоставлены самые веские

аргументы, бреду свойственна собственная, внутренняя «кривая логика». Больные с бредом не меняют своих убеждений, они уверены в своей правоте. Бредовая идея – своего рода априорное знание.

Формированию бреда предшествует предчувствие, ожидание некоего счастливого прозрения, либо напротив, беды. Окружающее, словно сгущающаяся туча, меняет облик и то манит, то угрожает. У больного возникает чувство «измененности», все приобретает некий иной смысл (т.н. «бредовое настроение»), а затем внезапно, словно сполох, возникает озарение – формируется («кристаллизуется» по И. М. Балинскому) бредовая идея.

Бред принято классифицировать по характеру возникновения (первичный, вторичный, индуцированный) и по содержанию (отношения, величия, ревности, ипохондрический, религиозный, виновности и т.д.).

Первичный бред (интеллектуальный, интерпретативный) опирается, как правило, на реальные факты, но постепенно искажается суждение о них, которое подкрепляется рядом субъективных, отмеченных «кривой логикой» доказательств, в результате чего формируется детально проработанная система, очень стойких, пронизывающих всю личность ложных убеждений самого различного содержания. Например, при бреде преследования больные, будучи убежденными, что их преследуют некие враги, меняют место жительства и работу, обращаются в суд, прокуратуру, изобретают свои способы защиты, порой весьма вычурные, могут напасть на «врагов».

Вторичный бред (чувственный, образный) возникает обычно на фоне галлюцинаций или аффективных нарушений. Ему свойственен образный характер, нет ни системы, ни логики, зато много фантастических, чувственных переживаний. Поступки больных внезапны и непредсказуемы. Человек, которому больной пять минут назад доверительно сообщал свои переживания, внезапно

становится главным врагом, коварным шпионом, «выведавшим» у больного его тайну, и может стать жертвой его агрессии.

Индукцированный бред возникает, как правило, у родственников и ближайших друзей больных и во многом повторяет содержание бреда больного. Он очень нестойк и быстро распадается при разлучении индуктора и индуцированного.

По содержанию выделяют много вариантов бреда. Широко распространены: *бред преследования (параноидный бред)*, когда пациент убежден в том, что за ним следят, преследуют, пытаются причинить ему вред отдельные люди или целые организации (разведка, полиция, тайные общества), *бред отношения* (предметы и люди имеют для больного особое значение, например, диктор в программе теленовостей передает некоторую информацию персонально для него), *бред величия* (убеждение в собственной уникальности, значимости), *ипохондрический бред* (больной убежден в наличии у него неизлечимого заболевания), *сексуальный бред* (больные убеждены в своей исключительной привлекательности, к ним все питают недвусмысленные чувства и испытывают почти неодолимое сексуальное желание), *бред ревности*. Необходимо заметить, что бред имеет четкую связь с доминирующим аффектом. При депрессивном аффекте чаще можно встретить бред самообвинения, осуждения, при маниакальном – величия, особого предназначения, изобретательства. Содержание бреда во многом зависит от уровня культуры больного и от господствующих в обществе представлений.

Эмоциональные (аффективные) расстройства – представлены маниакальным, депрессивным, дисфорическим аффектами, апатией, страхом, тревогой и рядом других состояний.

Маниакальный аффект (мания^{xxv}) – приподнятое настроение, сопровождающееся активизацией мышления, ускорением темпа речи, физической активностью, в ущерб вниманию. Вся деятельность человека преобразуется: мир воспринимается «через

розовые очки», человек оптимистичен и активен. При умеренной мании растет работоспособность, при более выраженной преобладает суетливость, деятельность становится малопродуктивной. Выделяют *веселую манию* (повышено настроение), *спутанную манию* (хаотичная двигательная активность), *гневливую манию* (с раздражительностью). Крайнее безмятежное, радужное настроение, сопровождающееся пассивным чувством наслаждения называют *эйфорией*, а крайнее ощущение блаженства, восторга – *экстазом*.

Депрессивный аффект (депрессия) – печальное, тоскливое настроение, сопровождающееся ограничением физической активности, иногда – тяжелыми физическими ощущениями, как правило, в области груди, сердца, замедлением мышления, снижением всех проявлений активности, нередко – снижением аппетита, сексуального влечения, нарушением сна. Преобладают идеи виновности, собственной ненужности, безысходности. В крайнем случае наступает полное оцепенение – *ступор*. Выделяют *ироническую депрессию* (грустная ирония над своей беспомощностью), *слезливую депрессию*, *адинамическую депрессию* (обездвиженность, слабость, вялость), *ажитированную депрессию* (беспокойство, суетливость, возбуждение, очень опасное состояние в плане возможного суицида), *маскированную депрессию* (при внешнем относительном благополучии возникают симптомы, имитирующие соматические заболевания).

Дисфория – сочетание злобы и тоски, угрюмое настроение. В ответ на самый незначительный внешний раздражитель возникают вспышки гнева, больные бранятся, кидаются драться, сокрушают все на своем пути, совершают акты вандализма, тяжкие преступления. По нашим наблюдениям, дисфория часто встречается у асоциальных подростков в силу высокой встречаемости у них органического поражения головного мозга, обусловленного употреблением токсических веществ.

Страх – тяжелое чувство ожидания опасности, беды, катастрофы, смерти. Страх проявляется на физическом уровне – от «мурашек» до неспособности пошевелиться или, напротив, стремительным бегством. Это может быть «холодок» в груди, «волосы, вставшие дыбом», «мороз по коже», «душа, ушедшая в пятки» и т.д. Страх возникает при реальной угрозе (напомним, что галлюцинации воспринимаются как реальность) жизни, здоровью, благополучию. В отличие от страха *тревога* – смутное предчувствие опасности, неприятностей, которые чаще всего даже не могут быть предсказаны логически.

Апатия – полное безразличие к происходящим событиям, в том числе, касающимся лично больного, безучастность, утрата интересов и побуждений.

Болезненное психическое бесчувствие (anaesthesia psychica dolorosa) – болезненно переживаемое чувство утраты всех чувств^{xxvi}.

Расстройства памяти. Память включает в себя способность фиксировать, хранить и воспроизводить информацию. Ослабление памяти называют *дисмнезией*, а полную утрату (на какой-то период) – *амнезией*. Принято выделять *ретроградную амнезию* – утрату памяти на события, непосредственно предшествующие психическому расстройству или эпизоду утраты сознания (например, при черепно-мозговой травме), *антероградную амнезию* – утрату памяти на события, последовавшие за психическим расстройством или потерей сознания, *фиксационную амнезию* – утрату способности запоминать текущие события, *прогрессирующую амнезию* – утрату способности запоминать и постепенное оскудение памяти на предшествующие события, причем сначала из памяти пропадают события недавнего, а потом – отдаленного прошлого (закон Т. Рибо). Отдельной формой выделяют *палимпсесты*^{xxvii} – эпизоды ослабления памяти на детали, при сохранении общей канвы событий (при алкоголизме).

Среди расстройств памяти значительное место занимают ложные воспоминания. Выделяют *конфабуляции* – как правило, реальные события, имевшие место в прошлом, воспринимаемые субъективно как недавние, или (реже) фантастические псевдовоспоминания, порой самого удивительного содержания. Утрата различия между собственными воспоминаниями о событиях, реально имевших место с больным, и хранящейся в памяти информации, почерпнутой из книг, рассказов других лиц, фильмов называют *криптомнезией*^{xxviii}. Слияние настоящего с истинным воспоминанием и ложным воспоминанием называют *парамнезией*.

Класс 3. Эффекторные расстройства. В это класс относят расстройства психических функций, являющихся итоговыми, конечными этапами реализации интрапсихической деятельности.

Расстройства побуждений включают изменение основ жизнедеятельности личности, «ее активности, энергии, инициативы» (А. В. Снежневский). Это *гипобулия* (понижение волевой^{xxix} активности) и *абулия* – полное отсутствие желаний, всякого рода деятельности, *гипербулия* (повышение волевой активности), *парабулия* – искажение, извращение, вычурность деятельности. Указанные изменения проявляются в идеаторной (мыслительной) и моторной (двигательной) сферах. Полная утрата движения, оцепенение, потеря речи, мимики называется *ступором*. Ступор может возникать в составе *кататонии*, депрессии, апатических состояний, как реакция на тяжелую психическую травму. Противоположность ступору представляет собой *раптус* – неистовство, «бешенство», сопровождающееся всплеском физической активности^{xxx}. Раптус может развиваться в рамках кататонии, при маниакальном состоянии, в рамках депрессии (*меланхолический раптус*, состояние с высоким риском осуществления суицида), при наплыве устрашающих галлюцинаций,

при дисфории. Все эти состояния опасны для самого больного и окружающих.

Расстройства влечений – включают *анорексию* (утрату чувства голода), развивающуюся в рамках депрессии, мании, кататонии, либо как проявление сверхценных идей и бреда (сверхценная идея похудеть, бред отравления), *булимию* (обжорство вследствие повышения аппетита), *полидипсию* (неутолимую мучительную жажду), изменения полового влечения, *импульсивные влечения*. Импульсивные влечения возникают внезапно, подчиняя себе волю и поведение больного. Все сознание направлено только на реализацию импульсивного влечения. Больные уходят из дома, предпринимая длительные путешествия (*дромомания*)^{xxxі}, беспробудно пьянствуют (*дипсомания*)^{xxxіі}, без цели совершают кражи (*клептомания*), совершают поджоги (*пиромания*). Совершая противоправные действия больные не руководствуются преступным умыслом, не имеют цели причинить кому-либо вред, но только одну цель – удовлетворить внезапно возникшее влечение.

Расстройства речи – большой класс симптомов эффекторного звена. Во многих случаях нарушения речи обнаруживаются и при неврологических расстройствах. Речь является зеркалом психической деятельности, и нарушения мышления, памяти, настроения находят свое отражение в речи^{xxxііі}.

Смазанная, трудно воспринимаемая, с запинками, неправильным произношением звуков речь является *дизартричной*. Утрата способности к речи называется *алалией*,^{xxxіv} а утрата способности пользоваться отдельными словами в устной или письменной форме, либо утрата способности понимать речь (при сохраненном слухе) – *афазией*. Ответы не в контексте вопроса, не попадая, называют *паралогией*. Замещение слов в речи схожими по звучанию представляет собой *акатофазию*. Разорванная речь, сохранившая грамматический строй, словесная крошка, которой придается верная форма при отсутствии смысла называется

шизофазией, а совершенно хаотичный набор слов – *инкогеренцией*. Постоянное повторение одного слова (фразы) носит название *вербигерации*, а механическое повторение только что услышанных слов – *эхолалии*.

Расстройства сна – очень частые симптомы широкого круга психических расстройств. Чаще всего нарушается *засыпание*, больные долго не могут уснуть. Возможны частые *пробуждения*, полные (возвращение в состояние бодрствования) и неполные, т.н. «*просоночные состояния*», когда действия осуществляются в автоматическом режиме, не осознаются и не сохраняются в памяти. Пробуждения могут возникать среди ночи несколько раз (*прерывистый сон*) или под утро, тогда больные уже не могут уснуть (*ранние пробуждения*). Во сне могут наблюдаться эпизоды *сноговорения* и даже *снохождения*.

Изложенные нами симптомы психических расстройств, конечно, не представляют собой полного перечня всех патологических феноменов, известных психиатрии. Многими известными психиатрами создавались объемные руководства, содержащие подробные, клинически иллюстрированные описания симптомов психических расстройств. Настоятельно рекомендуем ознакомиться с ними! (См. список рекомендуемой литературы).

Основные синдромы психических расстройств.

Клиническая картина психического страдания, душевной болезни складывается из наличествующих синдромов. В отличие от симптомов, которые можно сравнить с деталями, фурнитурой - синдромы^{xxxv} - это крупные симптомокомплексы, симптомы которых, будучи связаны между собой, формируют устойчивые сочетания, имеющие непосредственное клиническое и диагностическое значение. Диагноз болезни устанавливается на основании последовательности смены синдромов, поддающейся определенному стереотипу. Современные классификации^{xxxvi} психических болезней избегают даже самого понятия «болезнь», подменяя его более точным и широким понятием «расстройство». В основу указанных классификаций положен не описанный нами нозологический, а синдромальный принцип. Синдром является не только основой для диагностики в современной психиатрии, его выявление служит для прогноза и лечения психического расстройства. Описывая синдромы, мы будем вводить по ходу повествования некоторые новые симптомы, описывать значение каждого симптома, развитие синдрома, некоторые его особенности в рамках различных нозологических форм. В качестве иллюстраций мы будем использовать клинические истории болезни.

Психоорганический синдром. Развивается в результате органического поражения головного мозга при травмах, атеросклерозе сосудов мозга, интоксикациях (отравлениях), опухолевых процессах в мозге. Синдром складывается из нарушений памяти (нарушение запоминания, рассеянность, выпадение воспоминаний недавнего прошлого), ослабления понимания (слабость суждения, персеверации), аффективной лабильности и недержания аффекта (повышенная раздражительность, вплоть до внезапных вспышек гнева, с возможными агрессивными

действиями, или напротив, благодушие, эйфория). Возможны отдельные бредовые идеи малого размаха, направленные, как правило, на ближайшее окружение, родных, соседей, сослуживцев, систематизированные, но примитивные, как правило, связанные с ущербом (украли ботинки), преследованием (подслушивает соседка). Возможны галлюцинации, обычно слуховые, вербальные. Как правило, очень трудно по клиническим проявлениям достоверно указать локализацию очага поражения. Всегда отмечаются неврологические симптомы^{xxxvii}. Приведем пример^{xxxviii}:

Больной А., 22 года. Единственный ребенок в семье. Родители развелись, когда ему было около 2-х лет. Воспитывался матерью и бабушкой. Раннее развитие протекало без особенностей, ребенком он болел редко, детские инфекции перенес без осложнений. В школе начал обучаться с 7 лет. У него обнаруживались неплохие способности, однако учился без должного прилежания, часто не выполнял домашние задания, без уважительных причин опаздывал на уроки и пропускал занятия, был неисполнительным, в общественной и трудовой жизни участия не принимал. По характеру «был бойкий, эгоистичный, упрямый, лживый», с товарищами не конфликтовал. Успевал в основном удовлетворительно. В 5-6 классах занимался в секции бокса, неоднократно переносил нокауты и нокауты^{xxxix}, за медицинской помощью не обращался. Когда пришлось выступать на соревнованиях, проиграл свой первый бой и бросил секцию. После окончания школы поступил в ПТУ по специальности «станочник широкого профиля», где программный материал усваивал удовлетворительно, выполнял все педагогические требования, не имел пропусков без уважительной причины. По характеру был «общительный, подвижный», но малоинициативный, со всеми поддерживал хорошие отношения. Педагоги отметили, что он был спокойный, скромный, тактичный. Закончил ПТУ с хорошими и удовлетворительными отметками. С его слов, в это время он был застенчивым, спокойным, большую часть свободного времени проводил на прогулках, любил ходить в кино. В 14 лет влюбился в девушку на несколько лет старше себя, но «не

знал как к ней подойти», потом непродолжительное время пытался ухаживать за ней, провожал ее, дарил ей конфеты. Однократно вступил с ней в интимные отношения по ее инициативе. В возрасте 19 лет А. был избит на улице неизвестными и был стационарирован в нейрохирургическое отделение больницы, где ему был установлен диагноз: «Закрытая черепно-мозговая травма, ушиб мозга тяжелой степени, огнестрельное ранение правого коленного сустава, перелом угла нижней челюсти справа». Более месяца он находился в бессознательном состоянии. По направлению ВТЭК осмотрен психиатром. Во время осмотра он жаловался на головные боли, ухудшение памяти, приступы с потерей сознания, сопровождавшиеся судорогами, пеной у рта, с частотой до двух раз в месяц. Ориентирован был правильно, эмоционально адекватен, поведение его было упорядоченно, однако отмечалось снижение памяти, интеллекта, низкий запас знаний. Бреда, галлюцинаций не выявлялось, ему был установлен диагноз: «Травматическая болезнь головного мозга, умеренно выраженное снижение интеллекта, судорожный синдром^{х1}». ВТЭК ему была установлена 1-ая группа инвалидности. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. В кабинет входит медленно, вразвалочку, в дверь проходит боком, ссутулившись. Громко приветствует врача. Вежлив. Настроение несколько приподнятое, улыбается. Говорит громко, иногда скороговоркой. Речь правильная, на вопросы отвечает подробно, по существу, с излишней детализацией, подолгу останавливается на самых малосущественных деталях. Словарный запас обеднен, однако иногда употребляет в речи сложные грамматические конструкции. Мышление ближе к конкретному, оперирует простыми понятиями, запас знаний невелик. Память снижена, не может точно назвать год, когда получил травму головы, часто пытается не называть точно дат, имен, употребляет обобщающие обороты, типа «несколько лет назад», «в детстве», неохотно признается, что не помнит, как зовут лечащего врача. Себя считает «веселым, озорным». С улыбкой, с видимым удовольствием рассказывает о своих шалостях в школе. Утверждает, что был самым «отчаянным хулиганом» в классе, с бравадой рассказывает, как однажды испачкал чернилами стул

учителю^{xli}. Сообщает, что часто хулиганил, чтобы самоутвердиться в классе, поскольку одноклассники дразнили его «толстяком», «увальнем», а ему не хотелось отставать от других. Внезапно переводит тему разговора на своих близких, приглашает собеседника в гости в свой родной город, начинает уверять, что его мама и бабушка очень хорошо готовят. С любовью говорит о них, в ходе беседы неоднократно апеллирует к их авторитету. Не помнит обстоятельств получения травмы в 1992 году. Сообщает, что первые отрывочные воспоминания того периода относятся к моменту выписки из стационара. Отмечает, что после травмы у него изменился характер – «стал наглее, всю скромность как рукой сняло», стал раздражительным, гневливым, вспыльчивым. После травмы появились эпизоды сниженного настроения, «угрюмости», когда ничего не хотелось делать, «не было сил даже думать», в мыслях в основном рисовались неприглядные картины будущего, инвалидность, беспомощность – «от злости скрежетал зубами». В дальнейшем эпизоды плохого настроения сменились вялостью, безразличием, подобные состояния могли продолжаться неделю^{xlii}. Сообщает, что после травмы снизилась память на недавние события, например, не может вспомнить содержания прочитанной накануне газетной статьи, в то время как события детства помнит хорошо^{xliii}. Подчеркивает, что самые неприятные ощущения доставляют ему судорожные припадки. Описывает пароксизмы, начинающиеся с застилающего глаза «молочного тумана»^{xliv}, который делается все гуще, звуки начинают искажаться, кажется, что они «звучат как из бочки», предметы увеличиваются, искажается их форма^{xlv}, они начинают падать на него, после чего теряет сознание. Со слов свидетелей его падения знает, что иногда у него бывают судороги. Просит назначить ему лечение. Жалуется, что стал «больным, никчемным» человеком^{xlvi}. Внезапно переходит на сексуальные темы, рассказывает о своих сексуальных похождениях, начинает, не считаясь с окружающими, напевать песенку непристойного содержания, обсуждает достоинства и недостатки поз при совокуплении. В отделении старался держаться тактично, вежливо, однако нередко грубил персоналу, не реагировал на замечания,

высказывал претензии к качеству пищи. Через некоторое время извинялся. Часто нарушал режим, не спал ночью, будил других больных, бесцельно бродил по отделению.

Как правило, выраженный психоорганический синдром заставляет экспертов склоняться в пользу невменяемости (недееспособности).

Припадки. Припадки - это внезапно возникающие, краткие состояния, протекающие с утратой сознания с судорожными или другими произвольными движениями. Существует большое разнообразие среди припадков, но классическим примером является большой эпилептический припадок. Припадку предшествует *продром* (предболезненное состояние) в виде головной боли, недомогания, вялости, снижения работоспособности. Он длится несколько часов. Припадок начинается с *ауры* (см. пример выше) - галлюцинаций, дереализации с нарушением схемы тела и формы окружающих предметов, вегетативных расстройств (пот, покраснение кожи, сердцебиение, сухость во рту), длящейся несколько секунд (см. выше в истории болезни А.). Затем больной теряет сознание, происходит тоническое сокращение всех мышц, больной падает, испуская громкий крик. Часто при падении больной может получить травмы. Затем следует период *тонических судорог*: вытягиваются конечности, сжимаются челюсти, прикусывается язык, приостанавливается дыхание. Зрачки расширены, не реагируют на свет. Непроизвольно происходит дефекация, мочеиспускание. Длится данное состояние около 1 минуты, переходя в фазу *клонических судорог*, с быстрыми перемежающимися сокращениями мышц. Из рта появляется пена, нередко окрашенная кровью от прикуса языка. Клонические судороги длятся 2-3 минуты. Затем наступает *коматозное состояние*, переходящее в сон. Сознание восстанавливается через несколько часов. Воспоминания о периоде судорог и комы отсутствуют. *Эпилептические припадки*^{xlvii} не следует путать с *истерическими* (см. ниже).

Помрачение сознания. Сложные синдромы *помрачения сознания*^{xlvi} связывает ряд общих черт: отрешенность от реального мира, выражающаяся в неотчетливом восприятии окружающего, порой с полным отсутствием восприятия реальности, дезориентировка, нарушение мышления в форме бессвязности с невозможностью суждений, затруднение запоминания происходящих событий. Как правило, эти состояния возникают внезапно, требуют неотложной врачебной помощи. Выделяют *оглушение* - повышение порога для всех внешних раздражений, замедление всех процессов психической деятельности, *делирий* - сопровождающийся ложной ориентировкой в окружающем, иллюзиями, сценopodobными галлюцинациями, нередко - образным бредом, изменчивым аффектом, *амецию* - однообразное, ограниченное в пространстве (например, в пределах постели) - возбуждение, со стереотипными подергиваниями, вздрагиваниями, заламыванием рук, бессвязным образным бредом, отрывочными галлюцинациями, *онейроид* - сновидное, фантастически-бредовое помрачение сознания с глобальными и вселенскими картинами (другие планеты, Ад и Рай, подземные царства, глобальные катастрофы), в которые вовлечено все окружающее. Больные, в отличие от *делирия*, где они реагируют на галлюцинаторные образы (спасаются от врагов, прячутся от чудовищ) остаются неподвижны и молча созерцают представляющиеся им сцены. Воспоминания об онейроиде довольно подробны. *Сумеречное помрачение сознания* - внезапное и кратковременное состояние. Часто сопровождается нелепыми или чрезвычайно опасными поступками. После окончания этого состояния свои поступки воспринимаются как чуждые. Выделяют бредовой вариант, когда внешне поведение больного выглядит упорядоченным, он молчаливо, сосредоточенно, с мутным взором совершает действия, производящие впечатление обдуманых, целенаправленных, воспоминания о них не сохраняются, зачастую они чужды личности больного;

галлюцинаторный вариант - выраженное состояние возбуждения с агрессией, направленный на любые живые и неживые объекты. Отдельно выделяют *фуги* - состояния амбулаторного автоматизма, когда больные внезапно совершают стереотипные действия, о которых не помнят. Приведем примеры:

Б., 36 лет, обвиняется в убийстве, с последующим расчленением трупа. В его квартире во многих местах были обнаружены пятна крови, в нескольких местах - кусочки мягких тканей, подоконник был перепачкан кровью, в квартире резко пахло кровью и одеколоном. В огороде под окнами квартиры Б. был обнаружен обнаженный обезглавленный женский труп, неподалеку в полиэтиленовой сумке лежала голова, рядом находился нож. На трупе были обнаружены множественные повреждения. Свидетели (соседи) слышали доносившиеся из квартиры Б. топот ног, возню, затем последовали удары, напоминавшие «рубку мяса». Все это продолжалось около получаса. Задержанный в своей квартире Б. был освидетельствован на предмет алкогольного опьянения, и оказался трезвым. На допросе Б. пояснил, что убитая - его любовница, с которой у него складывались самые теплые отношения, ему не было резона ее убивать, в растерянности строил разные версии, что он мог заснуть, а в квартиру проникли злоумышленники, вспомнил, что несколько лет назад он потерял ключ. Отмечает, что в день убийства после совершения полового акта с потерпевшей внезапно появилась странная усталость, «навалилась сонливость, почувствовал, что отрубается», помнит, что предложил потерпевшей лечь поспать, просил разбудить его через 2 часа, обещал ее проводить домой. Помнит, что около 16 часов они вместе легли на диван, затем он очень крепко уснул. Около 19 часов его «что-то внезапно разбудило», вокруг «было сухо, словно был в печи», обнаружил, что потерпевшей нет рядом, подумал, что она не стала его будить и одна ушла домой. Крови, которой была перепачкана квартира, он не замечал. Внезапно почувствовал «одиночество, пустоту», начал мечтать, как встретится с потерпевшей в воскресенье, «мечты были как наяву, видел все через розовые очки», включил магнитофон, но он «мешал мечтать», поэтому выключил его. Спустя некоторое время он был задержан сотрудниками милиции.

В., 36 лет. На улице подошел к девочке 12 лет, спрашивал, как пройти на какую-то улицу, требовал его проводить, а в ответ на отказ вынул из кармана пистолет, угрожал застрелить. Тогда младший брат девочки побежал звать на помощь родителей и В.

стал убегать. Родители девочки обратились к патрульному наряду милиции. Милиционеры видели, что неизвестный с пистолетом в руке бросился бежать прочь, и стали преследовать его, он не реагировал на предупредительные выстрелы, но им удалось его догнать и задержать. Задержавший В. милиционер сообщил, что у подъезда происходила борьба, неизвестный хотел вытащить из подъезда девочку, та сопротивлялась. Присутствующим здесь девушкам-подросткам мужчина угрожал пистолетом. Когда приблизилась милиция, он бросился бежать, на бегу грозил стрелять, направлял на сотрудников милиции пистолет, не остановился после предупредительных выстрелов. При обыске у задержанного были обнаружены игрушечные пистолет и автомат, он был «словно пьяный». Мать потерпевшей отмечала, что он в момент задержания не мог вразумительно объяснить, зачем ему был нужен ребенок. В. повторял, что утром приобрел для своего ребенка игрушки, что происходило с ним с того момента, как он вышел из магазина, он не помнит, с удивлением воспринимал рассказ о своем нападении на ребенка.

Кататонические синдромы. Встречаются в двух полярных проявлениях - в форме *кататонического возбуждения*, протекающего на фоне растерянности с ярким проявлением манерности, бессвязной или вербигерированной речи, нарушений мышления, импульсивных движений, и в форме *кататонического ступора с восковидной гибкостью, негативизмом или мышечным оцепенением*.

Гебефренический синдром. Двигательное и речевое возбуждение с нелепым, дурашливым, манерным поведением на фоне немотивированной веселости, нередко - антисоциальными поступками. Личность больного эмоционально опустошена, мышление разорвано, возможны фрагментарные галлюцинации и бред, часто присутствуют кататонические симптомы.

Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Включают *галлюциноз*, т.е. обильные галлюцинации, не сопровождающиеся

помрачением сознания, *паранойяльный синдром*, истощающийся первичным бредом (независимо от тематики бреда), иногда возникающий и заканчивающийся остро, когда бред возникает как озарение, *параноидный синдром*, складывающийся из первичного бреда, чаще с тематикой преследования, физического воздействия, вербальных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, *синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)* - псевдогаллюцинации, бред преследования и воздействия, сопровождающиеся чувством овладения и *открытости* с отчуждением (утратой принадлежности себе собственных психических актов), *парафренный синдром* - систематизированный бред преследования и воздействия, фантастический бред величия, явления психического автоматизма, фантастические *конфабуляции*. Приведем пример:

Г., 30 лет, единственный ребенок в семье, отец злоупотреблял алкоголем. Рос ослабленным. После окончания 8 классов поступил в ПТУ по специальности фрезеровщика. С его слов, эта специальность ему не нравилась, хотелось свободной, «творческой» профессии, мечтал стать шофером большегрузного автомобиля, ездить по стране. Успеваемость его в училище была низкой. Трижды привлекался к уголовной ответственности за кражи. Освободившись из ИТК, Г. купил на имевшиеся у него деньги вагончик на санях, в котором жил в лесу, собирал для сдачи на масло пихтовую хвою. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. В кабинет входит медленно, сидит ссутулившись. Сам начинает беседу, речь бессвязная, сумбурная, нелепо отвечает на первые же вопросы, анамнестические сведения сообщает путано, непоследовательно. На многие вопросы отвечает нелепо, так сообщает, что его мать - Людмила Гурченко, а дед - Борис Ельцин, скороговоркой, не дожидаясь вопросов, ведет речь о том, что узнал об этом с их собственных слов, когда в 1991 году познакомился с ними в Одинцово, рассказывает, что был в гостях у Ельцина, где тот советовался с ним в вопросах управления страной. Рассказывает, что «два года назад, 18 июля 1996 года (дата осмотра - февраль 1997)», он попал в «другое измерение», где «под землей» купался в трех котлах вместе с Ельциным, который после всего этого приглашал его к себе, давал слушать аудиозаписи современных певцов. Говорит, что чувствовал себя там «как обычно», может описать подробно, как все происходило, что предшествовало попаданию в «другое измерение» и как

удалось оттуда выбраться. Тут же начинает рассказывать, что еще до вышеописанных событий он на Белорусском вокзале наблюдал войну между инопланетными существами, нечистой силой, героями отдельных фильмов, все они подходили к нему, беседовали с ним, он сам был в центре происходивших событий, эти события видели и все присутствовавшие на вокзале люди, утверждает, что не испытывал ни страха, ни удивления, когда происходившие события закончились, спокойно ушел с вокзала, воспринял происходившее как рядовое событие. Использует в речи много повторяющихся слов, речь ускорена, аффективно насыщена, бессвязна. Поза театральна, манерна, сидит полуразвалившись, запрокинув голову, широко разводит руками, активно жестикулирует, лицо постоянно меняет выражение, изображая то гримасу боли, отчаяния, то охвативший порыв радости. Внезапно начинает рассказывать, несколько растягивая при этом слова, что переносил травмы головы, слышал голоса, приказывавшие ему «отдать девчонку», видел в палате старух, которые «преследуют его, подсыпают ему в пищу яд». Просит сейчас же выпустить его в туалет, так как там его ждут «Ельцин и Черномырдин», которым он должен давать советы относительно управления страной.

Ипохондрические синдромы. Характеризуются чрезмерным вниманием к своему здоровью, сопровождающимися тревогой, страхом заболеть, страхом заболеть определенной болезнью (например, канцерофобия – боязнь заболеть онкологическим заболеванием, и т. д.), жалобах на здоровье, сопровождающееся обращением к врачам с нелепыми или возможными, но не связанными с реальным заболеванием симптомами, которые могут принимать форму ипохондрического бреда, бреда физического недостатка (дисморфомании) с требованием хирургического вмешательства для коррекции (например, формы носа). Часто такие больные имеют очень длинный список установленных им диагнозов^{xlix}. Приведем пример:

Д., 31 год. Рос и развивался нормально. Был религиозен с детских лет. Мечтал стать священником. Три года назад начал посещать врачей различных специальностей, предъявлял много разнообразных соматических жалоб, в частности, на приступообразные головные боли, плохой сон, плохую память, мышечную слабость, потливость ног, боли в животе, зуд в анусе,

импотенцию, «судорожное вращение внутрь обеих стоп», боли в икроножных мышцах. Консультировался урологом, установившем у него «хронический простатит», окулистом, выявившим у него «прогрессирующую миопию, атрофию зрительных нервов», ортопедом, обнаружившим «сколиоз», хирургом, установившим предварительный диагноз «варикозной болезни нижних конечностей, облитерирующего эндартериита», невропатологом, обнаружившим «признаки вегето-сосудистой дистонии, остеохондроза крестцового отдела позвоночника, артралгии левой стопы». Однако, инструментальными методами исследования патологии выявлено не было.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: В кабинет входит медленно, спокойно садится. Вежлив, опрятен. Сидит в неудобной позе, слегка раскачиваясь. Говорит отчетливо, громко. На лице - застывшая нелепая улыбка. В контакт вступает охотно. На вопросы отвечает достаточно подробно, не всегда в плане заданного, быстро переключается на другие темы, не удерживает нити беседы продолжительное время¹. Речь с богатым словарным запасом, однако порой затрудняется подобрать нужное слово, потирает лоб, поясняет, что сбился с мысли. Речь непоследовательная, часто употребляет своеобразные слова и выражения, дает некоторым словосочетаниям собственную трактовку, в частности, объясняет свое выражение «психологическая непонятость» как «непонимание моей психологии, непонятность в смысле трудности соображения»¹¹. Анамнестические сведения сообщает подробно, с излишней детализацией. Сообщает, что с детских лет глубоко, искренне верит в Бога, собирался уйти в монастырь, и обязательно уйдет, если не женится. Поясняет, что ему давно хочется найти близкого ему человека, который любил бы его, относился бы к нему с пониманием. Рассказывает, что несколько лет назад он совсем уже собрался жениться, но его избранница внезапно «переменилась к нему», он «внутренне почувствовал», что сделал неправильный выбор. О расстроившейся свадьбе говорит спокойно, равнодушно. Считает, что несостоявшаяся женитьба - к лучшему. Поясняет, что отчасти его смущает имеющийся у него фимоз, который ему «не

мешает, но не позволяет удовлетворять женщин», но он уже знает, что ему помогут гомеопатические средства, которые «так увеличат половой член, что фимоз станет незаметен», подчеркивает, что отказался от мысли об обрезании, т.к. это равнозначно смене вероисповедания и не одобряется церковью. Пускается в бесплодные рассуждения о роли крайней плоти, под конец запутывается в них, не может изложить основной мысли, которую хотел вложить в свои слова. Фиксирован на своем недуге, неоднократно спрашивает совета, что ему следует делать, но тут же вновь рассуждает о гомеопатическом лечении. Сообщает, что из совокупности различных «знамений» (видное место среди которых занимает и фимоз), он сделал вывод, что ему надо обязательно быть священником, однако он не ищет себе легкого пути, и всецело доверяется Провидению. Монотонно перечисляет монастыри и обители, в которых ему приходилось бывать, называет имена настоятелей. Заявляет, что самым главным знамением для него было явление ему святого, старца, который «спустился с небес» к нему, а потом «улетел обратно». Рассказывает, что уже обучился «умной молитве», и может сделать так, что его мысли «вознесутся прямо к Богу», сообщает, что в это время ощущает в голове пустоту,

ⁱ Я долго сомневался, какое слово здесь лучше использовать. Можно было бы написать «подэкспертного» или «испытуемого», напирая, таким образом, на контекст экспертного исследования, или «пациента», «клиента» (последнее словечко – изобретение американских коллег, прочно связавших вою профессию со сферой услуг), но выбрал в итоге это слово, осознавая себя врачом и исходя из библейского «Врач нужен не здоровому, но *больному*».

ⁱⁱ В настоящий момент разрабатывается новая редакция инструкции Министерства Здравоохранения РФ. Ее проект обсуждался на XI Российском рабочем совещании «Организационные и правовые вопросы судебной психиатрии» (Анапа, 2002). Ряд положений проекта инструкции используется в настоящем тексте. Полностью проект инструкции в книге: Инструктивно-нормативные документы в судебной психиатрии. М., РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2002. – 46 с.

^{iv} Совсем правильно «государственный эксперт».

^v Сравните два описания: а) «Тогда Н. схватил со стола нож и ударил им А.» б) «Тогда Н. дико взвизгнул, вприпрыжку, боком, подскочил к столу, схватил нож, некоторое время озирался вокруг. Его глаза остановились на А., лицо исказилось, он закричал: «Живым не сдамся! Получай!» и ударил А. ножом.»

^{vi} Эксперт должен отвечать на вопросы в той формулировке, как они были поставлены. Если вопросы поставлены неграмотно, то эксперт может их переформулировать, т.е. ответить на вопросы так, как он их понял. Это может приводить к недоразумениям. Вопросы эксперту должны формулироваться очень тщательно.

^x Принудительные меры медицинского характера в форме амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (нарколога) могут быть рекомендованы больным алкоголизмом и наркоманией. Поскольку эти состояния относятся к категории психических расстройств, отдельный вопрос экспертам уместен лишь тогда, когда нет оснований предполагать иное психическое расстройство.

а в теле - легкость, не может ни о чем думать, плохо воспринимает события, происходящие вокруг. Жалуется, что на него «насылают болезни^{lii}», перечисляет установленные ему когда-либо диагнозы, объясняет, что лечится у гомеопата с тех пор, как у него «оторвало в голове сосуды», считает виновными во всем «блудливых монахов», которые «насадили ему бесов». Тут же, словно спохватившись, начинает отрицать сказанное, уверяет, что сказал неправду,

^{xii} Несмотря на то, что книга неоднократно переиздавалась на десятках языков, на русском языке существует единственное издание: Карл Ясперс. Общая психопатология. Пер. с нем. – М., Практика, 1997. – 1056 с.

^{xiii} Одним из классических описаний, строго следующих данному принципу является работа А. В. Снежневского «Общая психопатология» (т.н. «Валдайские лекции»). Последнее издание: М., Медпресс-информ, 2001. – 208 с.

^{xiv} Вспомните «Приключения Алисы в стране чудес» Л. Кэролла, когда Алиса сама меняла размер (аутометаморфозия, искажение формы и величины своего тела).

^{xv} Вспомните описание Дж. Г. Байрона в поэме «Шильонский узник»: «То было ... тьма без темноты, то было – бездна пустоты без очертаний и границ. То были образы без лиц».

^{xvi} Вспомните сцену явления Голема в одноименном романе Г. Мейринка или появление Сатаны в комнате Леверкюна у Т. Манна («Доктор Фаустус»).

^{xvii} Вспомните роман Э. Т. А. Гофмана «Эликсир Сатаны» или «диалог» Горлума во второй части фильма Питера Джексона «Властелин колец».

^{xix} Вспомните стихотворение С. Я. Маршака «Темноты боялся Петя»: «В темноте увидел Петя, сверху смотрит великан. Оказалось на рассвете, это старый чемодан. Высоко на крышу шкапа чемодан поставил папа, и светились два замка при луне как два зрачка».

^{xx} Книга В. Х. Кандинского «О псевдогаллюцинациях» неоднократно переиздавалась. Последнее издание: Н. Новгород, издательство НГМА, 2001. – 157 с.

^{xxi} Вспомните рассказ Р. Брэдли «Уснувший в Армагеддоне».

^{xxii} Вспомните, что Гамлет видел призрак отца «глазом своего ума».

^{xxiii} Один из наших пациентов, например, пояснил, что хотел бы развестись, но «пара жен – поражение для настоящего мужчины».

^{xxiv} Вспомните тему рассуждений Алисы (Л. Кэролл): «Едят ли кошки мошек? Едят ли мошки кошек?».

^{xxv} Есть второе (устаревшее) значение этого термина: «психоз», «помешательство». Сравните расхожее выражение: «мания преследования». В этом случае ударение приходится на первый слог, а в случае обозначения аффекта – на второй.

^{xxvi} Вспомните историю ученого, потерявшего память в «Рождественских историях» Ч. Диккенса.

^{xxvii} Палимпсест – кусок пергамента, на котором стирали написанный текст, чтобы написать новый (пергамент был дорогим материалом). В наше время создана технология, позволившая прочитать многие стертые тексты. Так были найдены многие художественные и исторические произведения, считавшиеся ранее безвозвратно утраченными, например, пьесы Менандра.

^{xxix} Понятие «воля» трактуется в психиатрии и психологии неоднозначно.

Проанализировав имеющиеся взгляды, можно систематизировать их следующим образом: воля включает *волевые действия* т.е. совокупность действий, направленных на удовлетворение потребности в будущем, на создание объективных ценностей, удовлетворяющих потребности общества и отдельных людей, удовлетворение требований ближайшего окружения и выполнение моральных норм (по С. Л. Рубинштейну, 1946); *преодоление препятствий* т.е. преодоление физических преград, сложности действия, новизны обстановки, внутренних состояний (усталость, болезнь), конкурирующих мотивов и целей, выполнение социально заданных действий на пути к цели; *преодоление конфликта*, выбор между несовместимыми действиями, между целями, личными и социальными мотивами, желанием достижения цели и ее последствиями; *преднамеренную регуляцию* параметров действия (темпа, скорости, силы, длительности), торможение неадекватных процессов, прежде всего - эмоциональных, организация психических процессов в соответствии с ходом деятельности, способность

«глупость». Себя характеризует спокойным, уравновешенным, трудолюбивым. Считает себя психически здоровым. Мышление характеризуется непоследовательностью, нецеленаправленностью, часто употребляет неологизмы, присутствуют паралогии, отмечаются явления патологического полисемантизма. Фон настроения приподнят неадекватно ситуации. Память сохранена. Интеллект не нарушен. Критика к своему состоянию отсутствует. В отделении соблюдал режим, с персоналом и другими больными был вежлив, большую часть времени проводил в постели, читал, играл в настольные игры. Был навязчив к персоналу с просьбами. Требовал, чтобы его осматривали «все врачи». Писал матери письма, где выражал уверенность в скором возвращении домой.

Аффективные синдромы. Включают *маниакальный синдром*, характеризующийся гипертимией, ускорением мышления, повышенной деятельностью, и *депрессивный синдром*, характеризующийся гипотимией, замедлением мышления и двигательной заторможенностью (в чистом виде).

противостоять рефлексорным действиям (например, отведению руки от горячего предмета) (по Калину В. К., 1983); *автоматизмы и навязчивости* это такие феномены, как навязчивые мысли и действия (без отчуждения и чуждые), выработка автоматизмов с потерей над ними волевого контроля (по L. Fields, 1996) (т.е. воля их контролирует); *мотивы и влечения* - переживание влечений и побуждений, их осознание (по L. Fields, 1996), субъективное восприятие свободы волевого акта (по К. Ясперсу, 1913). Последнюю категорию составляют прогностические функции, которые можно относить и к интеллекту.

^{xxx} Вспомните выходку бродячего гимнаста у Ф. Рабле («Гаргантюа и Пантагрюэль»).

^{xxxi} Вспомните дедушку Торруоттера, про которого вся родня знала, что «ноги у дедушки так и зудят» (Д. Лондон).

^{xxxii} Дипсоманию не следует путать с запоями у больных алкоголизмом. После окончания дипсоманического запоя влечение к алкоголю исчезает на неопределенный срок.

^{xxxiii} Расстройствами речи занимаются невропатологи, нейропсихологи, логопеды, педагоги и другие специалисты. Психиатры сталкиваются преимущественно с нарушениями речи, обусловленными патологией мышления и аффективными расстройствами. Из-за широкого спектра специалистов, занимающихся проблемой, часто возникает терминологическая путаница.

^{xxxiv} Отказ от речи (например, при ступоре, в рамках истерических расстройств) называют *мутизмом*.

^{xxxv} Синдром дословно – совместный бег. Это устойчивый комплекс симптомов, связанных общим происхождением. В составе синдрома может быть различное количество симптомов, они могут сменять друг друга. Таким образом, синдром – динамическая система.

^{xxxvi} В России сегодня используется Международная классификация болезней, травм и причин смерти 10 пересмотра (адаптированная) (МКБ-10). Она принята Всемирной организацией здравоохранения как единый международный стандарт. В то же время в ряде стран (в частности – в США) используются национальные классификации. В США используется классификация DSM 4 (пересмотренного) варианта и готовится к выходу 5 вариант. Во многом DSM-IV-TR похожа на МКБ-10, главное, что она также носит преимущественно синдромальный характер.

Невротические синдромы. Астенический синдром - сочетание слабости, раздражительности, повышенной чувствительности, истощаемости, возбудимости, *навязчивости* (см. выше), *фобии* (см. выше), *истерические состояния* - состояния с выраженной эмоциональной лабильностью, театральностью, внушаемостью, порой - вспышками бурного возбуждения со

^{xlvi} Эпилепсия рассматривается традиционно как психическое расстройство. По МКБ-10 она относится к классу неврологических расстройств, лечат эпилепсию в равной пропорции невропатологи и психиатры. В судебной психиатрии уделяется большое внимание эпилепсии, поскольку ряд состояний при ней обуславливают невменяемость (недееспособность) подэкспертных.

^{xliv} В рамках истерии часто встречаются соматизированные расстройства, имитирующие отдельные симптомы соматических заболеваний. Чаще всего они носят изолированный характер, поэтому распознаются врачами-интернистами, но иногда их очень трудно отличить от симптомов соматической патологии. Чем более больные осведомлены в медицинских вопросах, тем больше соответствия между соматизацией и физическим недугом.

ⁱⁱⁱ В первом случае мы говорим «Общественно-опасное деяние», поскольку речь идет о невменяемых лицах, а во втором случае - «Преступление», поскольку речь идет о состояниях, не исключающих вменяемости.

^{vii} Сравните два описания: а) «В возрасте 27 лет перенес черепно-мозговую травму, лечился стационарно. В 28 лет начал систематически употреблять алкоголь, расторг брак» б) «На протяжении 7 лет работал персональным водителем (запись в трудовой книжке). Ни разу не попадал в ДТП. В возрасте 27 лет, находясь за рулем автомобиля министра, ночью на скользкой дороге не справился с управлением, в результате чего машина выскочила на встречную полосу, где столкнулась с грузовиком (материалы уголовного дела). Получил тяжелую ЧМТ, несколько дней находился в реанимации, затем более месяца - на стационарном лечении (выписка из истории болезни). Был уволен с работы, привлечен к уголовной ответственности. После ЧМТ отмечал головные боли, головокружения, снижение либидо. Отсутствовала эрекция (выписка из амбулаторной карты АО «Эрос-плюс»). Переживал случившееся. Спустя год его бросила жена. После ухода жены стал систематически употреблять алкоголь.»

^{viii} Сравните два описания: а) «Смерть потерпевшей наступила в результате массивной кровопотери от повреждения магистральных сосудов» б) «На теле потерпевшей было обнаружено 44 колото-резаных раны, из них не менее 20 - причиненных посмертно. Смерть (и т.д.).»

^{ix} Смотрите список рекомендуемой литературы.

^{xi} Сам по себе диагноз психического расстройства не ущемляет ничьих прав и не может быть предметом судебного разбирательства. Однако действия врачей или иных лиц, ущемляющие права больного могут быть предметом судебного рассмотрения (помещение в стационар, установление диспансерного наблюдения, отказ в выдаче справки на вождение автомобиля, отказ в приеме на работу и т.д.).

^{xviii} Сравните с описаниями «протоплазматических конечностей» в спиритической литературе, например в «Истории спиритизма» А. Конан Дойла или «Спиритизме» А. Р. Уоллеса.

^{xxviii} Вспомните строку из песни: «То что было не со мной, помню».

^{xxxvii} Часто психоорганический синдром встречается в клинике нервных болезней.

^{xxxviii} Фамилии больных, разумеется, изменены

^{xxxix} Нокаут, т.е. падение боксера с кратковременной потерей сознания, фактически - сотрясение головного мозга, черепно-мозговая травма.

^{xi} Можно было бы говорить о травматической эпилепсии.

^{xli} Обратите внимание на явное несоответствие проступка уровню «самого отчаянного хулигана», некритичное отношение больного к своим действиям.

^{xlii} Фактически, речь идет о периодах апатии.

^{xliii} В полном соответствии с законом Т. Рибо

слезами, заламыванием рук и истерическими припадками, функциональными расстройствами, разнообразными по природе (истерические параличи, боли, слепота, немота, глухота и т. д.). *Истерический припадок* в классическом описании сегодня встречается очень редко. Больной постепенно опускается на пол, никогда не получает повреждений, непроизвольные движения представлены не судорогами, но разнообразными, выразительными движениями. В выраженных случаях больные образуют телом дугу, опираясь о пол пятками и затылком. Реакция зрачков на свет сохранена.

Слабоумие. Слабоумие представляет собой обеднение психической деятельности (необратимое) во всех ее проявлениях. Выделяют его врожденную форму (недоразвитие психики) - *олигофреническое слабоумие* и приобретенную форму (распад правильно сформированной психики в результате болезни) - *деменцию*. Приведем пример:

Е, 28 лет. Наследственностьотягощена алкоголизмом родителей. До 5 лет он воспитывался в своей семье, затем, в связи с лишением родителей родительских прав, был направлен в детский дом. С раннего детства у Е. отмечалось выраженное отставание в физическом и психическом развитии: ходить начал с 4 лет, говорить фразами с 7 лет, до 9 лет не выговаривал ряд звуков, по поводу чего занимался с логопедом. До 9 лет страдал ночным энурезом (недержанием мочи). В школе начал обучаться с 7 лет, однако успевал очень плохо, дублировал 2 класс, в последующем был переведен в школу-интернат для умственно-отсталых детей, однако, с программой по-прежнему не справлялся. С 10 лет начал курить, с 13 лет употребляет спиртные напитки. Общался в основном с подростками асоциального поведения, убегал из школы,

^{xliv} Это ни что иное, как аура.

^{xlv} Это метаморфопсии.

^{xlvi} Обратите внимание: настроение больного в процессе беседы меняется с приподнятого до депрессивного (появляются идеи беспомощности) и обратно. Это классический пример лабильного аффекта.

^{xlviii} Формально следует говорить о состояниях помрачения сознания и исключительных состояниях (например, сумерки, сумеречное расстройство), но в данном контексте имеет смысл объединить эти формы.

ⁱ Здесь обнаруживаются соскальзывания.

^{li} Обратите внимание на спектр расстройств мышления.

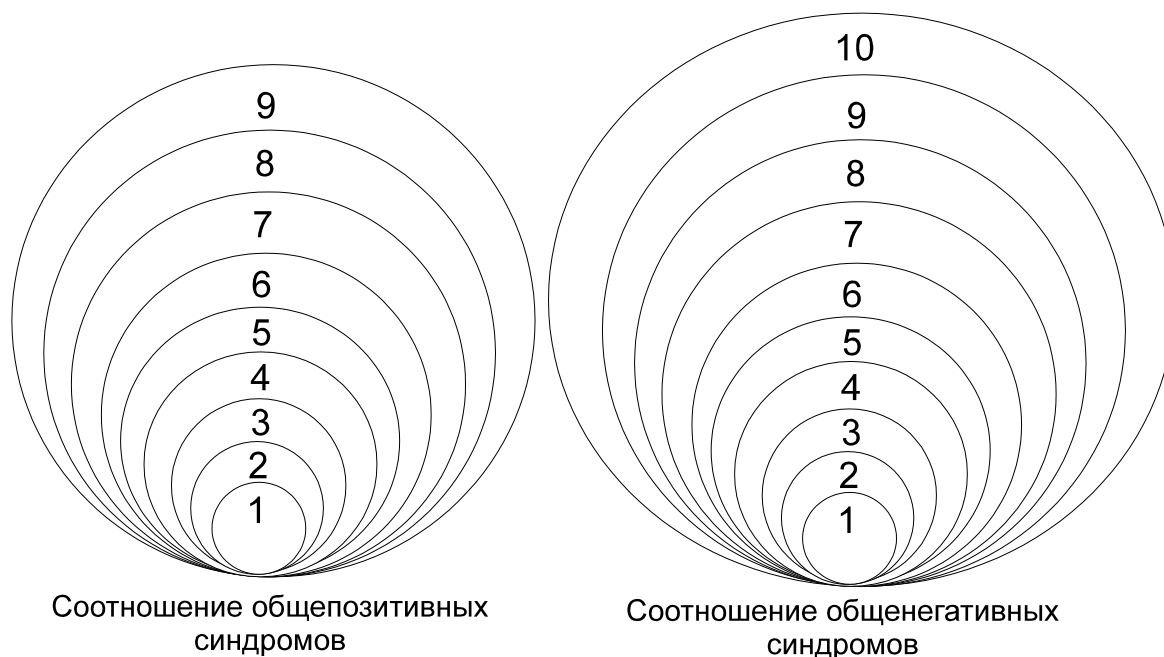
^{lii} Т.е. имеются феномены открытости. Таким образом, налицо синдром психического автоматизма.

уезжал в другие города, бродяжничал, помещался в спецприемники, совершал мелкие кражи и хулиганские поступки. Эпизодически курил препараты конопли. В детстве он неоднократно получал травмы головы, в том числе - с потерей сознания, в связи с чем находился на стационарном лечении. С трудом окончил 8 классов, поступил в ПТУ по специальности "плиточник-штукатур", однако на 2 курсе обучение оставил, уезжал на заработки в другие города, нанимался пасти скот, брался за различную неквалифицированную работу, попрошайничал, воровал. Диплом об окончании училища ему «прислали почтой». Состоял на учете у психиатра с диагнозом: «Олигофрения в степени выраженной дебильности». В армии не служил. Привлекался к уголовной ответственности за мелкую кражу. После освобождения по отбытии срока наказания нигде не работал, пьянствовал, бродяжничал, существовал на случайные заработки, периодически имел материальную поддержку от родителей и приятелей. К этому времени у Е. сформировалась выраженная психическая и физическая зависимость от алкоголя, ежедневно употреблял спиртное в очень больших дозах (4-5 бутылок водки), опохмелялся, пил запоями, отмечались состояния запамывания периодов алкогольного опьянения.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: в кабинет входит медленно, настороженно осматривается. Садится без предложения, спонтанно вступает в беседу, задает врачу множество вопросов, спрашивает, когда его «освободят из больницы». Речь маломодулирована, словарный запас беден, запас знаний и представлений невелик, круг интересов узкий. Построение предложений конкретное, примитивное. Внешне неопрятен, небрит, сидит полуразвалившись. Плохо чувствует дистанцию с врачом: во время беседы часто просит у врача сигареты, просит «прописать стакан спирта на ночь». Демонстрирует пренебрежение к врачам, утверждает, что «еще посмотрит, на что они здесь способны». О себе рассказывает кратко, поверхностно, формально. Часто неадекватно смеется, подолгу не может остановиться, говорит, что у него всегда хорошее настроение. Вспоминая отдельные эпизоды детских и школьных лет, говорит с врачом загадками, предлагает «угадать» то или иное событие его жизни, постоянно переспрашивает, задает встречные вопросы, подчас отвечает теми же словами, которые употребил в построении вопроса врач, иногда вступает в пререкания. Пишет с грамматическими ошибками, просит не заставлять его много читать и писать, говорит, что ненавидит читать, особенно газеты. Смысл метафор и известных пословиц раскрывает буквально, переносного значения не улавливает. Например, на просьбу пояснить пословицу «Не плюй в колодец...» истолковал ее следующим образом: «Сам я человек не брезгливый. А если плюну - кому-нибудь нагажу». Устный счет в медленном темпе. Умножение выполняет в

несколько этапов сложения. Вычитает с трудом, только в столбик. Утверждает, что ему легче считать, если есть наглядный счетный материал (деньги, бутылки, спички). Тяготится выполнением заданий. При рассказе дурашлив, эйфоричен, любит говорить на алкогольные темы. С видимым удовольствием перечисляет сорта вин и водок, которые он когда-либо пробовал, хвастается, что употребляет спиртное в необычайно больших дозах. Без учета ситуации просит «поставить несколько бутылок», чтобы проверить, сколько он может выпить. Сообщает, что последние 1.5 года ежедневно выпивал до 2 литров водки. Наутро состояние похмелья проявлялось дрожью, выраженными вегетативными реакциями, головокружением и головными болями, опохмелялся водкой. Практически не выходил из запойного состояния. Часто запоминавал периоды алкогольного опьянения. Сообщил, что однажды в метро, находясь в состоянии опьянения, потерял сознание приблизительно на 1,5 часа, в связи с чем его на конечной станции приводили в себя. При этом рассказывает о случившемся со смехом; удивляется, что врач обращает внимание на эти «пустяки». С бравадой рассказывает, как развивается у него опьянение: после первой бутылки – «тянет на подвиги», после 2 -ой – «поговорить», а после 3-ей и 4-ой он находится в сонливом состоянии, быстро «отключается». Кабинет покидает неохотно, просит вызвать еще, т.к. ему «скучно». Критические способности испытуемого значительно снижены. В отделении испытуемый соблюдал режим, помогал медперсоналу в уборке помещений и в работе на кухне, был вежлив, охотно проводил время в кругу других испытуемых, был весел, беспечен. Иногда жаловался на головную боль, просил анальгин^{lIII}.

В психиатрии широко принято деление психопатологических проявлений на *позитивные и негативные*. Первыми называются те явления, которые появляются в дополнение к проявлениям нормальной психической деятельности, например, галлюцинации, судороги и т. д., вторые являются утратой присущих психике нормальной личности явлений, например, амнезия, слабоумие. Их соотношение (в масштабе, отражающем глубину расстройства) представлено на приводимой ниже схеме, предложенной выдающимся отечественным психиатром А. В. Снежневским.



Здесь на схеме цифры обозначают:

Для позитивных синдромов: 1 – эмоционально-гиперестезические расстройства, 2 – аффективные расстройства, 3 – невротические расстройства, 4 – паранойяльные расстройства, вербальный галлюциноз, 5 – кататонические, параноидные, парафренные расстройства, 6 – помрачение сознания, 7 – парамнезии, 8 – судороги, 9 – психоорганические расстройства.

Для негативных синдромов: 1 – истощаемость психической деятельности, 2 – субъективно осознаваемая измененность, 3 – объективные изменения личности, 4 – дисгармония личности, 5 – снижение энергетического потенциала, 6 – снижение уровня личности, 7 – регресс личности, 8 – амнестические расстройства, 9 – слабоумие, 10 – психический маразм.

В психиатрической терминологии существуют понятия, которые служат для обозначения широких групп синдромов, нозологических единиц, состояний, объединенных общими критериями, находящихся на общем уровне нарушения психической деятельности. Они не являются нозологическими формами, не

участвуют в классификациях, но характеризуют состояние пациента в целом.

Адаптация - действие личности в таком диапазоне социальной среды, который не выявляет патологического склада личности, и требования которого посильны для невротических, психопатических и акцентуированных компонентов характера.

Компенсация - отработанная под влиянием внешней среды способность личности замещать вредные, дезадаптирующие характерологические качества полезными или нейтральными. Гиперкомпенсация является чрезмерным развитием компенсации, когда сформированные компенсаторные качества сами приобретают патологическое звучание, субкомпенсация - недостаток компенсации, неустойчивое равновесие с тенденцией к срыву компенсации.

Развитие личности - постепенное формирование патологического личностного склада, нарастание патологических черт плавно, без вклинения дополнительных патогенетических механизмов.

Процесс - постепенное, непрерывно нарастающее изменение личности, захватывающее всю личность, возникающее эндогенно, в ядре личности, чуждое личности, часто имеющее «точку отсчета». Возникшие однажды симптомы и синдромы развиваются, усложняются, появляются новые, которых не было в начале. Процесс овладевает личностью, подчиняет ее себе.

Реакция - простейшая форма пограничных расстройств (см. ниже), которая может быть психогенной (спровоцированной факторами окружающей среды), характерологической (резкое усиление привычных способов реагирования на воздействие среды), аффективной - кратковременные состояния в ответ на индивидуально значимые психические травмы.

Невроз - психогенное (остро возникшее или являющееся результатом хронического воздействия психотравмирующей

ситуации) психическое расстройство, проявляющееся специфическими клиническими феноменами, характеризующимися обратимостью, связью с психической травмой, доминированием аффективных и вегетативных расстройств при отсутствии психотической симптоматики.

Неврозоподобное состояние - несмотря на сходство с неврозом отличается скудностью симптомов, отсутствием связи с психотравмой, стереотипным развитием. Наблюдается при другой патологии, например, при эндогенных расстройствах.

Акцентуация характера - чрезмерное, находящееся на границе с нормой (с патологией?) заострение отдельных характерологических черт.

Психопатия (расстройство личности) - состояние, характеризующееся выраженностью патологических черт характера, их тотальностью, пронизывающей всю личность, необратимостью, ведущее к нарушению социальной адаптации.

Пограничные психические расстройства - группа расстройств, отвечающая общим критериям, включающим преобладание невротического (непсихотического) уровня психопатологических проявлений, в первую очередь - аффективных расстройств, связь их с вегетативными дисфункциями, соматическими расстройствами, нарушениями сна, ведущую роль психогенных факторов в возникновении симптомов, наличие минимальных органических predispositions, облегчающих наступление декомпенсации, взаимосвязь расстройства с личностью больного (личностное соответствие), сохранение больными критического отношения к основным проявлениям болезни. К указанной группе относят, как правило, акцентуации характера, неврозы, психопатии, невротические развития личности, невротические реакции, патохарактерологические развития личности.

Психоз - состояние, характеризующееся резким расстройством психической деятельности, сопровождающееся бредом,

галлюцинациями, помрачением сознания, выраженными двигательными и аффективными расстройствами, имеющее свои закономерности динамики.

Склад личности, конституция - тип высшей нервной деятельности человека, изначально сформированный стереотип ответов личности на воздействия окружающей среды. Близким по смыслу является термин «темперамент». Условно принято выделять конституции шизоидную, характеризующуюся одновременно чрезмерной чувствительностью и эмоциональной холодностью, причудливой парадоксальностью внутреннего мира, аутичностью, характеризующейся богатством внутреннего мира и сужением внешних контактов или их формальностью, склонностью к абстракциям, циклоидную, проявляющуюся колебанием настроения, сопровождающиеся соответствующими внешними и внутренними проявлениями, эпилептоидную, демонстрирующую возбудимость, вязкость аффекта, гневливость, фиксацию на отрицательных эмоциях и вместе с тем любовь к порядку, мелочность, истерическую, отражающую театральность, завышенную самооценку, избыточную (наигранную) яркость переживаний, ложную многозначительность, жажду признания, стремление быть в центре внимания.

Ниже мы приводим примерную схему классификации психических болезней, принятую в *классической психиатрии*. Современная классификация психических расстройств (МКБ-10) приводится в приложении.

Раздел 1. Эндогенные психические заболевания. - Шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, инволюционные психозы (психозы позднего возраста)

Раздел 2. Эндогенно-органические заболевания. - Эпилепсия, атрофические процессы головного мозга (старческое слабоумие,

болезни Альцгеймера, Пика, хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона), наследственные органические заболевания

Раздел 3. Экзогенно-органические заболевания. - Сосудистые заболевания мозга, психические расстройства при травмах, опухолях, энцефалиты, сифилис головного мозга, расстройства при органических, эндокринных заболеваниях

Раздел 4. Экзогенные психические расстройства. - Симптоматические психозы (при инфекциях, отравлениях, соматических заболеваниях), токсикомании, включая алкоголизм и табакокурение

Раздел 5. Психогенные заболевания. - Неврозы, реактивные психозы (возникшие в результате психотравмы)

Раздел 6. Патология психического развития. - Олигофрении (врожденное слабоумие), психопатии.

Судебно-психиатрическое решение.

Судебно-психиатрическое решение не эквивалентно диагнозу, который устанавливается больному (подэкспертному) как в общепсихиатрической практике, так и в ходе судебно-психиатрической экспертизы. Но в обоих случаях диагноз имеет принципиальное значение: в общей психиатрии он является основой для назначения лечения и прогноза исхода заболевания, а в судебной психиатрии – отправным пунктом в оценке состояния подэкспертного, определяющим подходы к решению экспертных вопросов.

В процессе постановки диагноза и принятия решения психиатр-эксперт должен выполнить несколько последовательных шагов. Сначала он собирает всю информацию о подэкспертном, затем выделяет отдельные симптомы, которые группирует в синдромы, и наконец – логически объединяет их в единое целое. Так строится диагноз.

По мнению классиков отечественной судебной психиатрии – Г. В. Морозова, Т. П. Печерниковой, Б. В. Шостаковича «главной общей чертой, свойственной судебно-психиатрическому и другому экспертному анализу состояния испытуемых, независимо от частных вопросов, которые ставят перед экспертами в уголовном или гражданском процессе, является своеобразная двухэтапность диагностического процесса», т.е. имеются собственно диагностический и исключительно экспертный, оценочный этапы.

Экспертная оценка опирается не только на диагностические критерии. Практически никогда нельзя строго высказаться в пользу того или иного экспертного решения, опираясь исключительно на нозологическую квалификацию. Для большинства психических расстройств характерна динамика психического состояния, и один и тот же подэкспертный может на протяжении своей жизни обнаруживать как периоды стойкой компенсации и благополучия,

так и периоды нестабильности, декомпенсации, обусловленные внешними и внутренними провоцирующими факторами. Экспертам приходится учитывать всю совокупность обстоятельств, предшествовавших и сопутствовавших правонарушению. Таким образом, и наличие подобных факторов, снижающих индивидуальную толерантность личности в криминогенных условиях, должно учитываться при формулировании экспертной оценки.

В условиях экспертизы в уголовном процессе наиболее остро встает вопрос об оценке психического состояния подэкспертного с учетом нескольких составляющих: личности подэкспертного, ситуации правонарушения, характера правонарушения и их взаимодействия (фактически такой же треугольник имеется и в гражданском процессе: личность, ситуация, поступок). При соблюдении такого подхода возникают условия для дифференцированной судебно-психиатрической оценки^{liv}. С учетом появления в уголовном праве ст. 22 УК РФ, оценка носит весьма дифференцированный, достаточно тонкий характер.

Диагноз – «это лишь первый этап обоснования заключения, который позволяет утвердить или отвергнуть предположение о принадлежности состояния данного лица к одной из позиций медицинского критерия любой из формул, содержащихся в законе. Во всех определениях, предлагаемых законодателем для тех или иных правовых состояний лица, связанных с особенностями его психического статуса ... обязательно имеется медицинский психиатрический критерий. ... Широкий диапазон психических расстройств, влияющих на правовую роль подэкспертного, дает возможность достаточно полно и всеобъемлюще и дифференцировано подходить к различного рода психическим отклонениям при различных экспертных ситуациях, выявить самые разнообразные формы психической патологии, сравнивая и сопоставляя их с требованиями медицинского критерия в

конкретных случаях. Поисками и обоснованием нозологической сущности психического состояния и его адекватности медицинскому критерию заканчивается первый этап судебно-психиатрической диагностики» (Б. В. Шостакович).

Таким образом, роль диагноза в судебно-психиатрической экспертной практике – выявление медицинского критерия (ст. 21, 22 УК, ст. 29 ГК и др.), который является важным, но не исчерпывающим звеном судебно-психиатрической оценки. Современный подход к оценке состояния подэкспертного отличается ряд факторов. Он:

(1) позволяет более дифференцированно оценивать психическое состояние обвиняемого, дает возможность избежать прежней дихотомической оценки (в смысле «Вменяем-невменяем», поскольку есть ст. 22 УК),

(2) позволяет суду учитывать имеющиеся у обвиняемых психические расстройства - в качестве обстоятельства, существенно смягчающего вину, и

(3) в качестве основания для назначения им принудительного лечения,

(4) позволяет оценивать правонарушение в контексте триады «личность - ситуация - деяние» (предложена Ф. В. Кондратьевым), давать оценку изменениям в психическом состоянии подэкспертного, для которого субъективная значимость криминогенной ситуации (возможно, не столь высокая для большинства людей) оказалась столь выраженной, столь психогенно острой, что привела к нарушению его психической адаптации, отразившемуся в противозаконных действиях,

(5) позволяет дифференцированно оценить мотивы правонарушения, не являющиеся в строгом смысле патологическими, но существенно снижающие способность подэкспертного руководить своими действиями (личная неприязнь, психопатическая самоактуализация, аффектогенные мотивы).

На современном уровне развития судебной психиатрии в ходе масштабных научных исследований формулируются критерии экспертной оценки, позволяющие точно и обоснованно принимать решения. Фактически наличие проработанных критериев позволяет использовать алгоритмы судебно-психиатрической оценки.

Таким образом, после того, как установлен диагноз психического расстройства, эксперты оценивают его отношение к медицинскому критерию с учетом формулировки последнего в соответствующей статье УК (ГК).

Отнесение диагностированного состояния к категории хронических психических расстройств ставит перед экспертом новые вопросы, касающиеся состояния подэкспертного на момент юридически значимых событий (общественно-опасных действий, заключения сделки, вступления в брак и т.д.). Необходимо достоверно установить временные границы обострения или ремиссии, а также степень болезненных изменений личности в целом. Основой для экспертного решения послужит в данном случае оценка способности подэкспертного осознавать характер своих действий и руководить ими в обозначенный период^{lv}. При этом можно смоделировать ситуацию, в которой подэкспертный утрачивает только способность руководить своими действиями (например, действия носят импульсивный характер).

Отнесение диагностированного состояния к категории временных психических расстройств обязывает эксперта точно определить время его начала и завершения (выздоровления) для того, чтобы соотнести их с датой юридически значимого события. Совпадение временного психического расстройства с правонарушением (или заключением сделки) должно послужить отправным пунктом в исследовании связи психического расстройства с юридически значимым событием, особенностями действия подэкспертного в исследуемой ситуации. В итоге формируется оценка способности подэкспертного осознавать характер своих действий и руководить ими^{lvi}.

И в случае хронического, и в случае временного психического расстройства возникают ситуации, когда в период проведения экспертизы состояние подэкспертного очень тяжелое, он нуждается в неотложной психиатрической помощи. Данное состояние могло возникнуть как до, так и после исследуемых событий, но уточнить состояние подэкспертного в интересующий следствие (суд) период невозможно. В таком случае экспертами выносится решение с опорой на настоящее состояние, рекомендуется направление больного на лечение с последующим решением экспертных вопросов. Возможна ситуация, в которой решение экспертных

вопросов о вменяемости – невменяемости будет крайне трудным, в то время как необходимость применения ст. 81 УК РФ – очевидной.

В случае констатации слабоумия решение экспертных вопросов как правило, более легкое. При констатации олигофрении экспертам необходимо уточнить степень интеллектуальной недостаточности, поскольку это относительно стабильное состояние. При выявлении деменции большие трудности могут возникнуть при проведении посмертной СПЭ^{lvii}, поскольку экспертной оценки требует состояние покойного порой за несколько лет до смерти. В таком случае экспертное решение опирается на анализ последовательности фактов (особое значение здесь приобретают медицинские документы) жизни подэкспертного под углом законов развития болезненных состояний.

Категория «иное болезненное состояние психики» в ст. 21 УК РФ традиционно включает глубокие расстройства личности и другие состояния, которые не подпадают под понятия хронического или временного расстройства либо слабоумия. Фактически, это может быть любое психическое расстройство^{lviii}.

На следующем этапе перед экспертами встает вопрос о необходимости применения принудительных мер медицинского характера (в уголовном праве). Учитывая различные их виды (ст. 99 УК РФ) эксперты должны обосновать свои рекомендации. Основными факторами, с опорой на которые дается рекомендация, являются: опасность больного для себя и окружающих и тяжесть его психического состояния, что определяет необходимость надзора и ухода за ним, и (в меньшей степени) – характер совершенного правонарушения. Характер правонарушения играет роль при выборе вида принудительных мер медицинского характера в том случае, если на момент экспертизы (суда) болезненное состояние по-прежнему то же, что и в период совершения общественно-опасного деяния (ООД), что позволяет предположить возможность повторения ООД. Таким образом, вид принудительных мер

медицинского характера определяется, в итоге, тяжестью психического состояния^{lix}.

Таким образом, судебно-психиатрическое решение представляет собой сложную алгоритмическую последовательность, включающую диагностику психического состояния подэкспертного на период экспертизы и на период совершения действий, интересующих следствие (суд), соотнесение его состояния с характером действий и ситуацией, в которой они совершены, решение экспертных вопросов о вменяемости-невменяемости (дееспособности-недееспособности и др.) и применении принудительных мер медицинского характера (в уголовном процессе).

Приложение 1.

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ РУБРИК МКБ-10 КЛАСС F (ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА)^{lx}

F00-F09 ОРГАНИЧЕСКИЕ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

F00 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА (G30)^{lxi}

F01 СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

F02 ДЕМЕНЦИЯ ПРИ ДРУГИХ БОЛЕЗНЯХ, КЛАССИФИЦИРОВАННЫХ В
ДРУГИХ РАЗДЕЛАХ^{lxii}

F03 ДЕМЕНЦИЯ НЕУТОЧНЕННАЯ

F04 ОРГАНИЧЕСКИЙ АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, НЕ ВЫЗВАННЫЙ
АЛКОГОЛЕМ^{lxiii} ИЛИ ДРУГИМИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

F05 ДЕЛИРИЙ, НЕ ВЫЗВАННЫЙ АЛКОГОЛЕМ ИЛИ ДРУГИМИ
ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

F06 ДРУГИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ
ПОВРЕЖДЕНИЕМ И ДИСФУНКЦИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ИЛИ
СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

F06.0 Органический галлюциноз

F06.1 Органическое кататоническое состояние

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

F06.3 Органические расстройства настроения (аффективные)

F06.4 Органическое тревожное расстройство

F06.5 Органическое диссоциативное расстройство

F06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство

F06.7 Легкое когнитивное расстройство

F06.9 Психическое расстройство, обусловленное повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью

F07 РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ^{lxiv} И ПОВЕДЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ БОЛЕЗНЬЮ, ПОВРЕЖДЕНИЕМ ИЛИ ДИСФУНКЦИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

F09 ОРГАНИЧЕСКОЕ ИЛИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО, НЕУТОЧНЕННОЕ

F20-F29 ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

F20 ШИЗОФРЕНИЯ

F20.0 Параноидная шизофрения

F20.1 Гебефреническая (гебефренная) шизофрения

F20.2 Кататоническая шизофрения

F20.3xx Недифференцированная шизофрения^{lxv}

F20.4xx Постшизофреническая депрессия

F20.5xx Остаточная шизофрения

F20.6xx Простой тип шизофрении

F20.8xx Другой тип шизофрении

F20.8xx3 Детский тип шизофрении

F20.9xx Шизофрения неуточненная

F21 ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО^{lxvi}

F22 ХРОНИЧЕСКИЕ БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА^{lxvii}

F23 ОСТРЫЕ И ПРЕХОДЯЩИЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

F24 ИНДУЦИРОВАННОЕ БРЕДОВОЕ РАССТРОЙСТВО

F25 ШИЗОАФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

F25.0x Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

F25.1x Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип

F25.2x Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

F25.8 Другие шизоаффективные расстройства

F25.9 Шизоаффективное расстройство неуточненное

F28 ДРУГИЕ НЕОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

F29 НЕОРГАНИЧЕСКИЙ ПСИХОЗ НЕУТОЧНЕННЫЙ

F30-39 РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)

F30 МАНИАКАЛЬНЫЙ ЭПИЗОД^{lxviii}

F30.0 Гипомания

F30.1 Мания без психотических симптомов

F30.2 Мания с психотическими симптомами

F30.8 Другие маниакальные эпизоды

F30.9 Маниакальный эпизод неуточненный

F31 БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО^{lxix}

F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании

F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов

F31.2x Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами

F31.3x Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии

F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов

F31.5x Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами

F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера

F31.7 Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия

F31.8 Другие биполярные аффективные расстройства

F31.9 Биполярное аффективное расстройство, неуточненное

F32 ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД

F32.0x Депрессивный эпизод легкой степени

F32.1x Депрессивный эпизод средней степени

F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

F32.3x Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F32.8 Другие депрессивные эпизоды

F32.9 Депрессивный эпизод неуточненный

F33 РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО^{lxx}

F34 УСТОЙЧИВЫЕ (ХРОНИЧЕСКИЕ) РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)

F34.0 Циклотимия

F34.1 Дистимия

F38 ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)

F39 РАССТРОЙСТВО НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО)

F40-F48 НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

F40 ФОБИЧЕСКИЕ ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

F40.0 Агорафобия

F40.00 Агорафобия без панического расстройства

F40.01 с паническим расстройством

F40.1 Социальные фобии

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

F40.8 Другие фобические тревожные расстройства

F40.9 Фобическое тревожное расстройство, неуточненное

F41 ДРУГИЕ ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность)

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства

F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства

F41.9 Тревожное расстройство, неуточненное

F42 ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)

F42.1 Преимущественно компульсивные действия (навязчивые ритуалы)

F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное

F43 РЕАКЦИЯ НА ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС И НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ

F43.0 Острая реакция на стресс

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F43.2 Расстройство приспособительных реакций

F43.20 Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

F43.23 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций

F43.24 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения

F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации

F43.28 Другие специфические преобладающие симптомы, обусловленные расстройством адаптации

F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс

F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная

F44 ДИССОЦИАТИВНЫЕ (КОНВЕРСИОННЫЕ) РАССТРОЙСТВА^{lxxi}

F44.0 Диссоциативная амнезия

F44.1 Диссоциативная фуга

F44.2 Диссоциативный ступор

F44.3 Транс и одержимость

F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства

F44.5 Диссоциативные конвульсии

F44.6 Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия

F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство, неуточненное

F45 СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА^{lxxii}

F45.0 Соматизированное расстройство

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

F45.2 Ипохондрическое расстройство

F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство

F45.8 Другие соматоформные расстройства

F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное

F48 ДРУГИЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

F48.0 Неврастения

F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации

F48.8 Другие уточненные невротические расстройства

F48.9 Невротическое расстройство, неуточненное

F50-F59 ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

F50 РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ

F50.0 Нервная анорексия

F50.2 Нервная булимия

F50.8 Другие расстройства приема пищи

F50.9 Расстройство приема пищи, неуточненное

F51 РАССТРОЙСТВА СНА НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

F51.0 Бессонница неорганической этиологии

F51.1 Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии

F51.2 Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии

F51.3 Снохождение (сомнамбулизм)

F51.4 Ужасы во время сна (ночные ужасы)

F51.5 Кошмары

F51.8 Другие расстройства сна неорганической этиологии

F51.9 Расстройство сна неорганической этиологии, неуточненное

F52 СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА (ДИСФУНКЦИИ), НЕ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ОРГАНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ИЛИ БОЛЕЗНЯМИ

F52.0 Отсутствие или потеря сексуального влечения

F52.1 Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия

F52.10 Сексуальное отвращение

F52.11 Отсутствие чувства сексуального удовлетворения

- F52.2 Недостаточность генитальной реакции
- F52.3 Оргазмическая дисфункция
- F52.4 Преждевременная эякуляция
- F52.5 Вагинизм неорганического происхождения
- F52.6 Диспареуния неорганического происхождения
- F52.7 Повышенное половое влечение
- F52.8 Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью
- F52.9 Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью, неуточненная

F53 ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПОСЛЕРОДОВЫМ ПЕРИОДОМ.

F55 ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ВЕЩЕСТВАМИ, НЕ ВЫЗЫВАЮЩИМИ ЗАВИСИМОСТИ^{lxxiii}

F60-F69 РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

F60 СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ^{lxxiv}

- F60.0x Параноидное (параноическое) расстройство личности
- F60.1x Шизоидное расстройство личности
- F60.2x Диссоциальное расстройство личности
- F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности
- F60.30x Импульсивный тип
- F60.31x Пограничный тип
- F60.4x Истерическое расстройство личности
- F60.5x Ананкастное расстройство личности
- F60.6x Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности
- F60.7x Расстройство типа зависимой личности
- F60.8x Другие специфические расстройства личности
- F60.9x Расстройство личности, неуточненное

F61 СМЕШАННОЕ И ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

F61.0 Смешанные расстройства личности

F61.1 Причиняющие беспокойство изменения личности

F62 СТОЙКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ИЛИ БОЛЕЗНЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА^{lxxv}

F62.0 Стойкое изменение личности после переживания катастрофы

F62.1 Стойкое изменение личности после психического заболевания

F63 РАССТРОЙСТВА ПРИВЫЧЕК И ВЛЕЧЕНИЙ

F63.0 Патологическое влечение к азартным играм

F63.1 Патологическое влечение к поджогам (пиромания)

F63.2 Патологическое влечение к воровству (клептомания)

F63.3 Трихотилломания

F63.8 Другие расстройства привычек и влечений

F63.9 Расстройство привычек и влечений, неуточненное

F64 РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ

F64.0 Транссексуализм

F64.1 Трансвестизм двойной роли (трансролевое поведение)

F64.2 Расстройство половой идентификации в детском возрасте

F64.8 Другое расстройство половой идентификации

F64.9 Расстройство половой идентификации, неуточненное

F65 РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ

F65.0 Фетишизм

F65.1 Фетишистский трансвестизм

F65.2 Эксгибиционизм

F65.3 Вуайеризм

F65.4 Педофилия

F65.5 Садомазохизм

F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения

F66 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
СВЯЗАННЫЕ С ПОЛОВЫМ (ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫМ) РАЗВИТИЕМ И
ОРИЕНТАЦИЕЙ ПО ПОЛУ

F66.1x Эгодистоническая ориентация по полу

F66.2x Расстройство сексуальных отношений

F68 ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ
ВОЗРАСТЕ

F68.0 Преувеличение соматической симптоматики по
психологическим причинам

F68.1 Умышленное вызывание или симулирование симптомов или
инвалидности физического или психологического характера (поддельное
нарушение)

F68.8 Другие уточненные расстройства личности и поведения в зрелом
возрасте

F69 РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ,
НЕУТОЧНЕННОЕ

F70-F79 УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

F70 УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

F71 УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ УМЕРЕННАЯ

F72 УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ТЯЖЕЛАЯ

F73 УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ГЛУБОКАЯ

***F80-F89 РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
(ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ***

F80 СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ РЕЧИ И ЯЗЫКА

- F80.1 Расстройство экспрессивной речи
- F80.2 Расстройство рецептивной речи
- F80.8 Другие расстройства развития речи и языка
- F80.81 Задержки речевого развития, обусловленные социальной депривацией^{lxxvi}

F81 СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ УЧЕБНЫХ НАВЫКОВ

- F81.0 Специфическое расстройство чтения
- F81.1 Специфическое расстройство спеллингования
- F81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков
- F81.3 Смешанное расстройство учебных навыков

F82 СПЕЦИФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ

F84 ОБЩИЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ

- F84.0 Детский аутизм
- F84.1 Атипичный аутизм
- F84.2 Синдром Ретта
- F84.3 Другие дезинтегративные расстройства детского возраста
- F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (умственная отсталость с двигательной расторможенностью и стереотипными движениями)
- F84.5 Синдром Аспергера

F90-F98 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ^{lxxvii}

F90 ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

- F90.0 Нарушение активности и внимания
- F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения
- F90.8 Другие гиперкинетические расстройства

F90.9 Гиперкинетическое расстройство неуточненное

F91 РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ

F91.0 Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи

F91.1 Несоциализированное расстройство поведения

F91.2 Социализированное расстройство поведения

F91.3 Вызывающее оппозиционное расстройство

F91.8 Другие расстройства поведения

F91.9 Расстройство поведения, неуточненное

F92 СМЕШАННЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИЙ

F92.0 Депрессивное расстройство поведения

F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций, неуточненное

F93 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, НАЧАЛО КОТОРЫХ СПЕЦИФИЧНО ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

F93.0 Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой

F93.1 Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте

F93.2 Социальное тревожное расстройство в детском возрасте

F93.3 Расстройство вследствие сиблингового соперничества

F93.8 Другие эмоциональные расстройства в детском возрасте

F93.9 Эмоциональное расстройство в детском возрасте, неуточненное

F94 РАССТРОЙСТВА СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, НАЧАЛО КОТОРЫХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТОВ

F94.0 Элективный мутизм

F94.1 Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте

F94.2 Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу

F94.8 Другие расстройства социального функционирования в детском возрасте

F95 ТИКИ

F95.0 Транзиторные тики

F95.1 Хронические моторные тики или вокализмы

F95.2 Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков
(синдром Жиль де ла Туретта)

F95.8 Другие тики

F95.9 Тики неуточненные

**F98 ДРУГИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА
ПОВЕДЕНИЯ, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И
ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

F98.0 Энурез неорганической природы

F98.1 Энкопрез неорганической природы

F98.4 Стереотипные двигательные расстройства

F98.5 Заикание (запинание)

F98.8 Другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства
поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый
возраст

F98.9 Эмоциональное расстройство и расстройство поведения с
началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст,
неуточненное

Приложение 2.

ИНСТРУКЦИЯ О ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СССР

Утверждена Министерством здравоохранения СССР 27 октября 1970 г.

Согласована с Прокуратурой СССР, Верховным судом СССР, МВД СССР

Глава I. Общие положения

1. Судебно-психиатрическая экспертиза служит целям и задачам советского социалистического правосудия.

Основными задачами судебно-психиатрической экспертизы являются:

а) определение психического состояния и заключение о вменяемости подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следствия и суда возникло сомнение в их психическом здоровье, а также заключение о необходимости применения медицинских мер в отношении лиц, признанных невменяемыми или заболевших психической болезнью после совершения преступления;

б) определение психического состояния свидетелей и потерпевших и заключение о способности обследуемого правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела, в случаях, когда у органов следствия и суда возникают сомнения в психической полноценности указанных лиц;

в) определение психического состояния истцов, ответчиков, а также лиц, в отношении которых решается вопрос о их дееспособности.

2. В соответствии со ст. 51 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении экспертные судебно-психиатрические учреждения находятся в ведении органов здравоохранения.

Руководство судебно-психиатрической экспертизой и контроль за ней осуществляется министерствами здравоохранения союзных и автономных республик, краевыми, областными и городскими отделами здравоохранения через республиканских, краевых, областных и городских психиатров. Методическое и научное руководство судебно-психиатрической экспертизой осуществляется Министерством здравоохранения СССР через Центральный научно-исследовательский институт судебной

психиатрии им. проф. Сербского^{lxxviii}, которому представляется право контроля за качеством и сроками проведения экспертизы.

3. При проведении судебно-психиатрической экспертизы эксперты руководствуются основами уголовного и гражданского законодательства и судопроизводства СССР и союзных республик, соответствующими статьями Уголовного и Уголовно-процессуального, Гражданского и Гражданского процессуального кодексов РСФСР и других союзных республик, а также инструкциями и приказами, издаваемыми Министерством здравоохранения СССР.

4. Судебно-психиатрическая экспертиза производится по постановлению следователя, прокурора, органа дознания, определению суда и по определению (постановлению), вынесенному единолично судьей по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела.

5. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится стационарно, амбулаторно, на суде, у следователя или дознавателя, заочно или посмертно.

При проведении стационарной экспертизы подозреваемого или обвиняемого, не содержащегося под стражей, а также истцов, ответчиков и лиц, в отношении которых решается вопрос о дееспособности, помещение их в лечебно-психиатрическое учреждение производится только с санкции прокурора или по определению суда.

6. Судебно-психиатрическое заключение должно быть основано на данных, полученных экспертом в процессе психиатрического обследования испытуемого, сведениях, содержащихся в уголовном или гражданском деле, и медицинских документах о перенесенных в прошлом заболеваниях. Заключение эксперта дается в соответствии с Методическими указаниями по составлению акта судебно-психиатрической экспертизы, прилагаемыми к настоящей Инструкции.

7. Орган, назначивший судебно-психиатрическую экспертизу, обязан представить экспертам материалы уголовного или гражданского дела, относящиеся к предмету экспертизы, а также дополнительные сведения об испытуемом, в том числе подлинники истории болезни.

В тех случаях, когда медицинская документация не приложена к уголовному делу, медицинские учреждения обязаны представить ее непо-

средственно судебно-психиатрическим экспертам по их требованию. Подлинники историй болезни, полученные из медицинских учреждений, подлежат возврату.

8. Заключение судебно-психиатрической экспертизы оформляется в виде акта (см. приложение), подписываемого всеми членами комиссии, которые несут за его содержание личную ответственность. В случае несогласия между экспертами, последние дают свои заключения отдельно.

9. В случае недостаточной ясности или полноты экспертного заключения может быть назначена дополнительная экспертиза, порученная тому же или другому эксперту.

10. В случае необоснованности заключения эксперта или сомнения в его правильности может быть назначена повторная экспертиза, проведение которой поручается другому эксперту или другим экспертам, а в особо сложных случаях — Центральному научно-исследовательскому институту судебной психиатрии им. проф. Сербского.

11. Организацию повторных экспертиз в Институте им. проф. Сербского Министерство здравоохранения СССР возлагает на руководство Институтом, которое может привлекать в состав комиссии высококвалифицированных специалистов из других психиатрических учреждений, если таковые персонально не указаны органом, назначившим повторную экспертизу^{lxxix}.

Глава II. Права и обязанности экспертов-психиатров

12. Судебно-психиатрическим экспертом может быть только врач-психиатр^{lxxx}.

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится экспертами-психиатрами медицинских учреждений или психиатрами, назначенными лицом, проводящим дознание, следователем, прокурором, судьей или судом. Психиатры, привлеченные к экспертизе, обязаны явиться по вызову судебно-следственных органов и дать объективное заключение по поставленным перед ними вопросам.

Если при производстве экспертизы эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, они вправе указать на них в своем заключении.

13. На врачей-психиатров, производящих судебно-психиатрическую экспертизу, распространяются права и обязанности экспертов, предусмотренные уголовно-процессуальным и гражданским процессуальным законодательством.

14. Эксперт имеет право:

а) знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы;

б) заявлять ходатайство о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения;

в) с разрешения лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда присутствовать при производстве допросов и других следственных и судебных действий и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы.

15. Если поставленный эксперту вопрос выходит за пределы его специальных познаний или представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения, эксперт в письменной форме сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение, подробно объяснив мотивы отказа.

16. Эксперт не имеет права без разрешения прокурора, следователя или лица, производящего дознание, разглашать данные предварительного следствия или дознания, полученные судебно-психиатрической экспертизой.

За разглашение следственных материалов и данных экспертизы или за дачу заведомо ложного заключения эксперт несет ответственность в соответствии с действующим уголовным законодательством.

17. Эксперты ведут учет произведенных ими экспертиз, сообщая о них в своих отчетах в соответствующие органы здравоохранения и в ЦНИИ судебной психиатрии им. проф. Сербского.

Глава III. Амбулаторная экспертиза

18. Амбулаторная экспертиза проводится судебно-психиатрическими амбулаторными комиссиями, которые состоят не менее чем из трех врачей-психиатров: председателя, члена комиссии и докладчика^{lxxxi}. Персональный состав амбулаторной экспертной комиссии утверждается местными органами здравоохранения по представлению

республиканского, краевого, областного или городского психиатра. Комиссия организуется при психиатрических учреждениях или непосредственно в следственных изоляторах.

Примечание. В тех местностях, где комиссия в составе трех психиатров не может быть создана, допускается комиссия в составе двух психиатров, а в исключительных случаях амбулаторная экспертиза может производиться одним врачом-психиатром.

19. На испытуемого, свидетельствуемого амбулаторной судебно-психиатрической комиссией, составляется заключение (акт), обосновывающее диагноз и судебно-психиатрические выводы в соответствии с методическими указаниями по составлению заключения (акта) судебно-психиатрической экспертизы, прилагаемыми к Инструкции.

20. Если амбулаторная экспертиза не может ответить на поставленные на ее разрешение вопросы, она дает заключение о необходимости помещения испытуемого на стационарное обследование.

Глава IV. Стационарная экспертиза

21. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза проводится в психиатрических стационарах, где организуются стационарные судебно-психиатрические экспертные комиссии, состоящие не менее чем из трех врачей-психиатров: председателя, члена комиссии, докладчика, проводящего наблюдение за испытуемым.

Персональный состав комиссии утверждается местными органами здравоохранения.

22. Для проведения экспертизы испытуемые помещаются в судебно-психиатрические отделения, а при отсутствии таковых — в специально отведенные палаты общих отделений психиатрических (психоневрологических) учреждений. При проведении экспертизы применяются необходимые методы медицинского исследования, а в соответствующих случаях и лечение^{lxxxii}.

23. Срок стационарного испытания не должен превышать тридцати дней. В случае невозможности вынести окончательное заключение о психическом состоянии и вменяемости в указанный срок, стационарная экспертная комиссия выносит решение о необходимости продления срока

испытания, копия которого направляется органу, назначившему экспертизу.

24. В тех случаях, когда для решения вопроса о психическом состоянии испытуемого необходимо компетентное суждение врачей других специальностей, органами, назначившими экспертизу, могут быть созданы комплексные экспертные комиссии.

Глава V. Судебно-психиатрическая экспертиза в суде и у следователя

25. Судебно-психиатрическая экспертиза в судебном заседании может производиться психиатром-экспертом единолично или комиссией из нескольких врачей-психиатров органов здравоохранения, вызываемых судом. После ознакомления с обстоятельствами дела и личностью испытуемого в процессе судебного следствия эксперт дает заключение в письменном виде, оглашает его в судебном заседании и дает разъяснения по вопросам, заданным в связи с его заключением. Экспертное заключение дается в отношении обвиняемых, лиц, выступающих в процессе в качестве истцов, ответчиков, свидетелей, потерпевших, а также лиц, относительно которых решается вопрос о их дееспособности.

В случае невозможности дать ответы на вопросы, поставленные судом, эксперт выносит заключение о необходимости направления подэкспертного на стационарную экспертизу.

26. Судебно-психиатрическая экспертиза у следователя, дознавателя может производиться единолично врачом-психиатром или комиссионно. После обследования обвиняемого или подозреваемого эксперт или комиссия экспертов дает свое окончательное заключение или указывает на необходимость в проведении дополнительной амбулаторной или стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

Глава VI. Судебно-психиатрическая экспертиза осужденных

27. Судебно-психиатрическая экспертиза, назначаемая лицам, совершившим общественно опасное деяние в период отбывания срока наказания в местах лишения свободы и вызывающих сомнение в их психическом состоянии, проводится в соответствии с п. «1а» настоящей Инструкции.

Примечание. В отношении лиц, осужденных к лишению свободы и заболевших душевной болезнью, препятствующей отбыванию наказания, врачебной комиссией дается заключение о возможности дальнейшего отбывания наказания.

Глава VII. Заочная и посмертная экспертиза

28. Заочная экспертиза проводится лишь в исключительных случаях, когда подэкспертный не может быть доставлен для личного освидетельствования, в частности, когда находится вне пределов СССР.

29. Посмертная экспертиза производится комиссией врачей-психиатров либо психиатром-экспертом единолично на основании изучения представленных материалов дела и медицинской документации (если она имеется).

30. В случае недостаточности сведений о психическом состоянии лица, в отношении которого назначена заочная или посмертная экспертиза, эксперты могут потребовать дополнительные материалы.

Глава VIII. Экспертиза в гражданском процессе

31. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе производится:

а) по делам о признании гражданина недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия. В случаях выздоровления или значительного улучшения здоровья лица, признанного недееспособным, экспертиза проводится по делам о признании гражданина дееспособным;

б) по делам, разрешение которых зависит от определения психического состояния лица в момент заключения сделки, составления дарственной записи, завещания, вступления в брак, причинения вреда.

32. Судебно-психиатрическая экспертиза производится по делам, для разрешения которых суду необходимо иметь суждение о вероятном прогнозе заболевания данного лица в будущем и возможности осуществления им определенных прав и обязанностей (дела о расторжении брака и споры о воспитании детей, опека).

Приложение

I. Методические указания по составлению акта (заключения) судебно-психиатрической экспертизы

Заключение экспертизы в судебных делах является одним из видов доказательств и должно быть оформлено в виде акта.

В заключении эксперта должно быть указано, где, когда, кем и на каком основании была произведена экспертиза, кто присутствовал при проведении экспертизы, какие материалы были использованы экспертом, какие исследования он произвел, какие вопросы перед ним поставлены и его мотивированные ответы на них.

Выводы в акте должны соответствовать данным описательной части акта и фактическим обстоятельствам дела. Поэтому акт судебно-психиатрической экспертизы должен содержать не только выводы экспертизы, но и данные, обосновывающие эти выводы.

Заключение о вменяемости, дееспособности, возможности или невозможности в силу психической болезни предстать перед судом, давать свидетельские показания, о необходимых мерах медицинского характера и т. д. должно быть обосновано описанием и оценкой психического состояния обследуемого.

Недостаточная ясность или неполнота заключения экспертизы обычно приводит к необходимости назначения следствием или судом повторной экспертизы.

Акт должен быть понятным не только для врача, но также и для работников суда и следствия, он не должен содержать терминологии, затрудняющей его понимание. В отдельных случаях специальные термины должны переводиться на русский язык (например, инфантилизм — детская незрелость; экзофтальмус — пучеглазие; анизокория — неравномерность зрачков; тремор — дрожание и т. д.).

Акт судебно-психиатрической экспертизы должен содержать: введение, сведения о прошлой жизни, описание физического, неврологического и психического состояния и заключительная часть.

В дополнение к перечисленным разделам перед заключительной частью акта в специальном разделе следует дать мотивировку тех выводов, к которым эксперт приходит в результате изучения судебного дела и обследования подэкспертного.

Необходимо остановиться подробнее на каждом из этих разделов.

Здесь указывается дата составления акта, состав комиссии, место производства экспертизы, имя, отчество, фамилия подэкспертного, его возраст. В отношении подследственных испытуемых указывается, в чем обвиняется (название статьи Уголовного кодекса и очень краткое содержание существа обвинения, например; «обвиняется по ст. 172 УК РСФСР в халатном отношении к своим обязанностям сторожа склада»).

Во введении, которое также называют формальной частью акта, необходимо указать, кто направил на экспертизу и по какому поводу: по личному желанию испытуемого, его родственников, по ходатайству защиты, в порядке психиатрического надзора со стороны врача-психиатра места лишения свободы или по постановлению суда или следствия в связи с возникшими у них сомнениями в психической неполноценности испытуемого.

II. Сведения о прошлой жизни

Здесь приводятся краткие и наиболее существенные данные о формировании личности, патологической наследственности, перенесенных заболеваниях, пребывании в психиатрической больнице и т. п. В этой части акта должны быть также приведены краткие сведения о трудовой жизни испытуемого или указания на ту или иную группу инвалидности, имевшие место в прошлом судимости, приводы. Эти данные важны для оценки характеристики личности^{lxxxiii}. Следует подчеркнуть, что при составлении этой части акта необходимо всегда указывать, откуда анамнестические сведения почерпнуты, т. е. со слов ли испытуемого и его родственников, или из материалов дела, а также из справок, выписок из историй болезни лечебных учреждений, больниц и т. п. Указание это имеет существенное значение, так как оно определяет неодинаковую оценку разных анамнестических данных и предостерегает эксперта от категорического утверждения недостаточно проверенных фактов. При этом в процессе изложения анамнеза четко и последовательно должно

быть представлено развитие психического заболевания (если таковое имеется) и его течение. В отношении обвиняемых особого внимания заслуживает психическое состояние и поведение лица во время совершения преступления, существенные сведения о которых могут быть почерпнуты из материалов уголовного дела. Если обобщающие оценочные определения этого состояния (такие, например, как «расстройство сознания», «нарушение ориентировки и отсутствие контакта с окружающими») приводятся в резолютивной части акта, то фактические данные, характеризующие состояние испытуемого во время преступления, строго последовательное описание его поступков и действий следует приводить в конце анамнеза. Обязательны при этом точные ссылки на материалы, из которых взято это описание (листы уголовного дела, фамилии свидетелей).

III. Описание физического, неврологического и психического состояния

Физическое состояние. В этом разделе описывается состояние общего питания, внутренних органов и эндокринной системы, периферических сосудов.

Неврологический статус. Здесь излагаются симптомы органического поражения центральной нервной системы (если оно имеется), выраженные функциональные отклонения с обязательным перечислением основных симптомов (состояние зрачков, рефлексов и т. д.).

Данные лабораторных исследований. Вслед за данными неврологического исследования отмечаются результаты лабораторного исследования (исследование крови, спинномозговой жидкости и т. д.). При этом не следует ограничиваться только изложением содержания анализов, но помня, что акт пишется для суда и следственных органов, нужно в ряде случаев дать и квалификацию лабораторных данных, например: «Анализ спинномозговой жидкости указывает на изменения, характерные для сифилитического поражения центральной нервной системы».

Психическое состояние. Эта центральная часть акта должна дать четкое отображение психического состояния испытуемого, сложившееся в результате проведенного исследования и наблюдения.

Описание психического статуса в акте должно естественно отличаться от психического статуса в истории болезни. Не теряя описательной формы, психический статус в акте должен носить более обобщенный характер.

Нельзя рекомендовать какую-либо твердую схему описания психического состояния, приемлемую во всех случаях. Форма и порядок описания в значительной мере определяются конкретными клинико-психопатологическими особенностями и выводами эксперта, обоснованием которых является описательная часть. Однако следует указать на некоторые обязательные составные элементы, позволяющие в форме, понятной для суда и следственных органов, осветить психическое состояние испытуемого. Таковы — ориентировка в месте, времени, окружающем, правильное понимание цели направления на экспертизу, контакт с окружающими, лечащим врачом и медперсоналом, высказывания и суждения испытуемого, иллюстрирующие процессы его мышления и оценку, которую он дает окружающему, своему положению и состоянию здоровья, его отношение к совершенному преступлению, из чего в первую очередь выясняется способность критической оценки своего поведения, своих поступков и действий.

Самого тщательного описания и четкости изложения заслуживают такие симптомы, как бред, галлюцинации, конфабуляции, явления навязчивости и т. д. и т. п. При этом психические проявления при описании их в акте, как и в истории болезни, не должны искусственно расчленяться и терять свою синдромальную очерченность. Соответственно с этим в акте должны найти отражение те или иные расстройства эмоций и произвольной деятельности.

Обязательным является отражение динамики психического состояний и в первую очередь различного рода скоропроходящих болезненных расстройств (приступы расстройств сознания, дисфории и т. д.), проявления агрессии, наличие в период пребывания на экспертизе припадков, их частота, характер, а также изменение состояния под влиянием терапии.

Особенно убедительного описания требуют элементы симуляции или аггравации^{lxxxiv} в поведении испытуемого.

IV. Мотивировочная часть акта

Здесь анализируются данные анамнеза, соматоневрологического и психиатрического статуса, позволяющие обосновать диагностику и судебно-психиатрические выводы.

При этом должна быть приведена обобщающая характеристика клинических фактов и всех иных сведений, содержащихся в описательной части акта, так чтобы они служили аргументами выводов экспертной комиссии.

Например, можно указать на характер развития и течение заболевания, которые в сопоставлении с теми или иными особенностями психического статуса свидетельствуют о такой тяжести болезни, которая исключает способность больного отдавать отчет в своих действиях и руководить ими^{lxxxv}. Точно также должно быть проведено обобщение фактических данных, характеризующих поведение лица в момент совершения преступления, если речь идет о временном расстройстве психической деятельности, например, патологическом опьянении. Иногда мотивировка в таких случаях может быть приведена в резолютивной части акта с соответствующим обоснованием заключения о болезненном состоянии испытуемого в момент совершения преступления.

В тех случаях, когда мотивировка выводов дается в заключительной части акта, последняя может гласить следующее: «В момент совершения преступления, как это видно из материалов дела и данных истории болезни, А. находился в состоянии временного расстройства душевной деятельности в форме патологического опьянения. Указанное болезненное состояние развилось после приема небольшой дозы алкоголя и выразилось в нелепом поведении, немотивированном, внезапно возникшем возбуждении с бессмысленной агрессией, носившей автоматический характер и сопровождалось расстройством ориентировки при отсутствии контакта с окружающими и внешних признаков обычного опьянения. Поэтому в отношении инкриминируемого деяния, совершенного в состоянии временного расстройства душевной деятельности, А. следует считать невменяемым».

Выводы, отвергающие наличие опьянения, также требуют подробного обоснования.

При повторной экспертизе в тех случаях, где имеется расхождение с выводами предыдущей экспертизы, необходимо проведение анализа про-

тивоположного заключения. Такой анализ должен содержать элементы дифференциальной диагностики.

Ни в коем случае нельзя рекомендовать какие бы то ни было раз и навсегда установленные трафареты этой наиболее сложной и ответственной части акта, представляющей собой аргументацию выводов.

V. Заключительная часть акта

Заключительная часть акта содержит оценку психического состояния испытуемого в период экспертизы и диагноз психического заболевания, если таковое имеется.

В отношении лиц, привлекаемых к уголовной ответственности (обвиняемых), эксперты должны дать оценку психического состояния испытуемого в момент совершения преступления и связанное с этим заключение о вменяемости:

в отношении осужденных - заключение о возможности отбывать наказание в местах лишения свободы;

в отношении истцов и ответчиков по гражданским делам — о способности понимать значение своих действий и руководить ими;

в отношении свидетелей и потерпевших — о способности давать свидетельские показания;

в отношении обвиняемых, признанных невменяемыми, и заключенных, признанных психически больными, — о необходимых медицинских мерах.

В заключительной части акта должны быть даны ответы на другие поставленные судебно-следственными органами вопросы.

В случаях, когда решение вопроса о вменяемости или дееспособности необходимо перенести на судебное заседание или для решения этих вопросов необходимо продлить наблюдение, в резолютивной части акта должно быть указано соответствующее мотивированное заключение.

Заключение амбулаторной комиссии о необходимости направления на стационарное испытание должно содержать мотивировку такого решения.

В заключительной части в случаях признания подэкспертного невменяемым или заболевшим после совершения преступления, как это описано выше, указываются также необходимые медицинские мероприятия в соответствии с межведомственной инструкцией «О порядке применения принудительного лечения и других мерах медицинского характера в отно-

шении психически больных, совершивших общественно опасные деяния» от 14 февраля 1967 года.

Приложение 3.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 31 МАЯ 2001 Г. N 73-ФЗ «О ГОСУДАРСТВЕННОЙ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» (с изменениями от 30 декабря 2001 г.)

**Принят Государственной Думой 5 апреля 2001 года
Одобен Советом Федерации 16 мая
2001 года**

Настоящий Федеральный закон определяет правовую основу, принципы организации и основные направления государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации (далее - государственная судебно-экспертная деятельность) в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве.

Производство судебной экспертизы с учетом особенностей отдельных видов судопроизводства регулируется соответствующим процессуальным законодательством Российской Федерации.

Глава I. Общие положения

Статья 1. Государственная судебно-экспертная деятельность

Государственная судебно-экспертная деятельность осуществляется в процессе судопроизводства государственными судебно-экспертными учреждениями и государственными судебными экспертами (далее также - эксперт), состоит в организации и производстве судебной экспертизы.

Статья 2. Задача государственной судебно-экспертной деятельности

Задачей государственной судебно-экспертной деятельности является оказание содействия судам, судьям, органам дознания, лицам, производящим дознание, следователям и прокурорам в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, посредством разрешения вопросов, требующих специальных знаний в

области науки, техники, искусства или ремесла.

Об организации работ по производству судебной экспертизы по гражданским и арбитражным делам, делам об административных правонарушениях в области стандартизации, обеспечения единства измерений и подтверждения соответствия (сертификации) см. приказ Госстандарта РФ от 15 января 2003 г. N 11

Статья 3. Правовая основа государственной судебно-экспертной деятельности

Правовой основой государственной судебно-экспертной деятельности являются Конституция Российской Федерации, настоящий Федеральный закон, Гражданский процессуальный кодекс РСФСР, Арбитражный процессуальный кодекс Российской Федерации, Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР, Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, Таможенный кодекс Российской Федерации, Налоговый кодекс Российской Федерации, законодательство Российской Федерации о здравоохранении, другие федеральные законы, а также нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти, регулирующие организацию и производство судебной экспертизы.

Статья 4. Принципы государственной судебно-экспертной деятельности

Государственная судебно-экспертная деятельность основывается на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, а также независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники.

Статья 5. Соблюдение законности при осуществлении государственной судебно-экспертной деятельности

Государственная судебно-экспертная деятельность осуществляется при условии точного исполнения требований Конституции Российской

Федерации и иных нормативных правовых актов, составляющих правовую основу этой деятельности. Нарушение закона при осуществлении судебно-экспертной деятельности недопустимо и влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 6. Соблюдение прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица при осуществлении государственной судебно-экспертной деятельности

Государственная судебно-экспертная деятельность осуществляется при неуклонном соблюдении равноправия граждан, их конституционных прав на свободу и личную неприкосновенность, достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту чести и доброго имени, а также иных прав и свобод человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с Конституцией Российской Федерации.

Судебно-экспертные исследования (далее - исследования), требующие временного ограничения свободы лица или его личной неприкосновенности, проводятся только на основаниях и в порядке, которые установлены федеральным законом.

Лицо, полагаящее, что действия (бездействие) государственного судебно-экспертного учреждения или эксперта привели к ограничению прав и свобод гражданина либо прав и законных интересов юридического лица, вправе обжаловать указанные действия (бездействие) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 7. Независимость эксперта

При производстве судебной экспертизы эксперт независим, он не может находиться в какой-либо зависимости от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, сторон и других лиц, заинтересованных в исходе дела. Эксперт дает заключение, основываясь на результатах проведенных исследований в соответствии со своими специальными знаниями.

Не допускается воздействие на эксперта со стороны судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей и прокуроров, а также иных государственных органов, организаций, объединений и отдельных лиц в целях получения заключения в пользу кого-либо из участников процесса или в интересах других лиц.

Лица, виновные в оказании воздействия на эксперта, подлежат ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 8. Объективность, всесторонность и полнота исследований

Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме.

Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

Статья 9. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

медицинский стационар - государственное медицинское учреждение, а равно его отделение, которые предназначены для круглосуточного содержания пациентов;

психиатрический стационар - государственное психиатрическое учреждение, а равно психиатрическое отделение государственного медицинского учреждения, которые предназначены для круглосуточного содержания пациентов, - разновидность медицинского стационара;

судебно-психиатрический экспертный стационар - психиатрический стационар, специально предназначенный для производства судебно-психиатрической экспертизы;

руководитель государственного судебно-экспертного учреждения (далее также - руководитель) - директор или начальник (заведующий) государственного судебно-экспертного учреждения либо

приравненного к нему специализированного подразделения, осуществляющий функцию руководства при организации и производстве судебной экспертизы в соответствующем учреждении или подразделении;

судопроизводство - регулируемая процессуальным законодательством Российской Федерации деятельность суда или судьи в ходе судебного разбирательства гражданских, административных и уголовных дел, а также деятельность органа дознания, лица, производящего дознание, следователя или прокурора при возбуждении уголовного дела, проведении дознания и предварительного следствия;

судебная экспертиза - процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание следователем или прокурором, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу;

заключение эксперта - письменный документ, отражающий ход и результаты исследований, проведенных экспертом;

образцы для сравнительного исследования - объекты, отображающие свойства или особенности человека, животного, трупа, предмета, материала или вещества, а также другие образцы, необходимые эксперту для проведения исследований и дачи заключения;

повреждение объекта исследования - изменение свойств и состояния объекта в результате применения физических, химических, биологических методов при проведении исследований.

Статья 10. Объекты исследований

Объектами исследований являются вещественные доказательства, документы, предметы, животные, трупы и их части, образцы для сравнительного исследования, а также материалы дела, по которому производится судебная экспертиза.

Исследования проводятся также в отношении живых лиц (далее также - лицо).

При проведении исследований вещественные доказательства и

документы с разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу, могут быть повреждены или использованы только в той мере, в какой это необходимо для проведения исследований и дачи заключения. Указанное разрешение должно содержаться в постановлении или определении о назначении судебной экспертизы либо соответствующем письме.

Повреждение вещественных доказательств и документов, произведенное с разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу, не влечет за собой возмещения ущерба их собственнику государственным судебно-экспертным учреждением или экспертом.

В случае, если транспортировка объекта исследований в государственное судебно-экспертное учреждение невозможна, орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, обеспечивают эксперту беспрепятственный доступ к объекту и возможность его исследования.

Статья 11. Государственные судебно-экспертные учреждения

Государственными судебно-экспертными учреждениями являются специализированные учреждения федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, созданные для обеспечения исполнения полномочий судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей и прокуроров посредством организации и производства судебной экспертизы.

Организация и производство судебной экспертизы могут осуществляться также экспертными подразделениями, созданными федеральными органами исполнительной власти или органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. В случаях, если производство судебной экспертизы поручается указанным экспертным подразделениям, они осуществляют функции, исполняют обязанности, имеют права и несут ответственность как государственные судебно-экспертные учреждения.

Государственные судебно-экспертные учреждения создаются и ликвидируются в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

Деятельность государственных судебно-экспертных учреждений по организации и производству судебной экспертизы регулируется настоящим Федеральным законом, процессуальным законодательством Российской Федерации и осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти.

См. Инструкцию по организации производства судебных экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Министерства юстиции Российской Федерации, утвержденную приказом Минюста РФ от 20 декабря 2002 г. N 347

Организация и производство судебной экспертизы в медицинских учреждениях или их подразделениях, не относящихся к ведению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, осуществляются на основании нормативных правовых актов соответствующих федеральных органов исполнительной власти, принимаемых совместно с федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. В указанных учреждениях и подразделениях не может организовываться и производиться судебно-психиатрическая экспертиза.

Государственные судебно-экспертные учреждения одного и того же профиля осуществляют деятельность по организации и производству судебной экспертизы на основе единого научно-методического подхода к экспертной практике, профессиональной подготовке и специализации экспертов.

Государственные судебно-экспертные учреждения производят судебную экспертизу в соответствии с профилем, определенным для них соответствующими федеральными органами исполнительной власти.

Государственные судебно-экспертные учреждения в обязательном порядке производят судебную экспертизу для органов дознания, органов предварительного следствия и судов, расположенных на территории, которая определяется соответствующими федеральными органами исполнительной власти. В случае невозможности производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении,

обслуживающем указанную территорию, в связи с отсутствием эксперта конкретной специальности, необходимой материально-технической базы либо специальных условий для проведения исследований судебная экспертиза для органов дознания, органов предварительного следствия и судов может быть произведена государственными судебно-экспертными учреждениями, обслуживающими другие территории.

Деятельность государственных судебно-экспертных учреждений по организации и производству судебной экспертизы для других государств осуществляется в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Статья 12. Государственный судебный эксперт

Государственным судебным экспертом является аттестованный работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей.

Статья 13. Профессиональные и квалификационные требования, предъявляемые к эксперту

Должность эксперта в государственных судебно-экспертных учреждениях может занимать гражданин Российской Федерации, имеющий высшее профессиональное образование и прошедший последующую подготовку по конкретной экспертной специальности в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти. Должность эксперта в экспертных подразделениях федерального органа исполнительной власти в области внутренних дел может также занимать гражданин Российской Федерации, имеющий среднее специальное экспертное образование.

Определение уровня профессиональной подготовки экспертов и аттестация их на право самостоятельного производства судебной экспертизы осуществляются экспертно-квалификационными комиссиями в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти. Уровень профессиональной подготовки экспертов подлежит пересмотру

указанными комиссиями каждые пять лет.

См. Положение об аттестации работников на право самостоятельного производства судебной экспертизы в судебно-экспертных учреждениях Минюста РФ, утвержденное приказом Минюста РФ от 23 января 2002 г. N 20

Глава II. Обязанности и права руководителя и эксперта государственного судебно-экспертного учреждения

Статья 14. Обязанности руководителя государственного судебно-экспертного учреждения

Руководитель обязан:

по получении постановления или определения о назначении судебной экспертизы поручить ее производство конкретному эксперту или комиссии экспертов данного учреждения, которые обладают специальными знаниями в объеме, требуемом для ответов на поставленные вопросы;

разъяснить эксперту или комиссии экспертов их обязанности и права;

по поручению органа или лица, назначивших судебную экспертизу, предупредить эксперта об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, взять у него соответствующую подписку и направить ее вместе с заключением эксперта в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу;

обеспечить контроль за соблюдением сроков производства судебных экспертиз, полнотой и качеством проведенных исследований, не нарушая принцип независимости эксперта;

по окончании исследований направить заключение эксперта, объекты исследований и материалы дела в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу;

обеспечить условия, необходимые для сохранения конфиденциальности исследований и их результатов;

не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с организацией и производством судебной экспертизы, в том числе

сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну.

Руководитель обязан обеспечить условия, необходимые для проведения исследований:

наличие оборудования, приборов, материалов и средств информационного обеспечения;

соблюдение правил техники безопасности и производственной санитарии;

сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Руководитель не вправе:

истребовать без постановления или определения о назначении судебной экспертизы объекты исследований и материалы дела, необходимые для производства судебной экспертизы;

самостоятельно без согласования с органом или лицом, назначившими судебную экспертизу, привлекать к ее производству лиц, не работающих в данном учреждении;

давать эксперту указания, предрешающие содержание выводов по конкретной судебной экспертизе.

Статья 15. Права руководителя государственного судебно-экспертного учреждения

Руководитель вправе:

возвратить без исполнения постановление или определение о назначении судебной экспертизы, представленные для ее производства объекты исследований и материалы дела, если в данном учреждении нет эксперта конкретной специальности, необходимой материально-технической базы либо специальных условий для проведения исследований, указав мотивы, по которым производится возврат;

ходатайствовать перед органом или лицом, назначившими судебную экспертизу, о включении в состав комиссии экспертов лиц, не работающих в данном учреждении, если их специальные знания необходимы для дачи заключения;

организовывать производство судебной экспертизы с участием других

учреждений, указанных в постановлении или определении о назначении судебной экспертизы;

передавать часть обязанностей и прав, связанных с организацией и производством судебной экспертизы, своему заместителю, а также руководителю структурного подразделения учреждения, которое он возглавляет;

требовать от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, возмещения расходов, связанных с:

1) компенсацией за хранение транспортной организацией поступивших на судебную экспертизу объектов исследований, за исключением штрафов за несвоевременное их получение данным учреждением;

2) транспортировкой объектов после их исследования, за исключением почтовых расходов;

3) хранением объектов исследований в государственном судебно-экспертном учреждении после окончания производства судебной экспертизы сверх сроков, установленных нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти;

4) ликвидацией последствий взрывов, пожаров и других экстремальных ситуаций, явившихся результатом поступления в данное учреждение объектов повышенной опасности, если орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, не сообщили руководителю об известных им специальных правилах обращения с указанными объектами или они были ненадлежаще упакованы.

Статья 16. Обязанности эксперта

Эксперт обязан:

принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу;

провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;

составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение и направить данное сообщение в орган или лицу,

которые назначили судебную экспертизу, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, объекты исследований и материалы дела непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения и эксперту отказано в их дополнении, современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы;

не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;

обеспечить сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Эксперт также исполняет обязанности, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Эксперт не вправе:

принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;

осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта;

вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела; самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы;

сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших;

уничтожать объекты исследований либо существенно изменять их свойства без разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу.

Статья 17. Права эксперта

Эксперт вправе:

ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, если это

необходимо для проведения исследований и дачи заключения;

делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний;

обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

Эксперт также имеет права, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Статья 18. Ограничения при организации и производстве судебной экспертизы

Государственному судебно-экспертному учреждению не может быть поручено производство судебной экспертизы, а в случаях, когда указанное производство начато, оно немедленно прекращается, если установлены обстоятельства, подтверждающие заинтересованность в исходе дела руководителя данного учреждения.

Эксперт подлежит отводу от участия в производстве судебной экспертизы, а если она ему поручена, обязан немедленно прекратить ее производство при наличии оснований, предусмотренных процессуальным законодательством Российской Федерации.

В производстве судебной экспертизы в отношении живого лица не может участвовать врач, который до ее назначения оказывал указанному лицу медицинскую помощь. Указанное ограничение действует также при производстве судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы, осуществляемой без непосредственного обследования лица.

Глава III. Производство судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении

Статья 19. Основания производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении

Основаниями производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении являются определение суда,

постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя или прокурора. Судебная экспертиза считается назначенной со дня вынесения соответствующего определения или постановления.

Орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, представляют объекты исследований и материалы дела, необходимые для проведения исследований и дачи заключения эксперта.

Орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, получают образцы для сравнительного исследования и приобщают их к делу в порядке, установленном процессуальным законодательством Российской Федерации. В необходимых случаях получение образцов осуществляется с участием эксперта, которому поручено производство судебной экспертизы, или специалиста.

В случае, если получение образцов является частью исследований и осуществляется экспертом с использованием представленных на судебную экспертизу объектов, после завершения судебной экспертизы образцы направляются в орган или лицу, которые ее назначили, либо определенное время хранятся в государственном судебно-экспертном учреждении.

Особенности производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении в отношении живых лиц определяются главой IV настоящего Федерального закона.

Статья 20. Производство дополнительной и повторной судебных экспертиз в государственном судебно-экспертном учреждении

Производство дополнительной судебной экспертизы, назначенной в случае недостаточной ясности или полноты ранее данного заключения, поручается тому же или другому эксперту.

Производство повторной судебной экспертизы, назначенной в связи с возникшими у суда, судьи, лица, производящего дознание, следователя или прокурора сомнениями в правильности или обоснованности ранее данного заключения по тем же вопросам, поручается другому эксперту или другой комиссии экспертов.

Статья 21. Производство комиссионной судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении

Комиссионная судебная экспертиза производится несколькими, но не менее чем двумя экспертами одной или разных специальностей.

Комиссионный характер судебной экспертизы определяется органом или лицом, ее назначившими, либо руководителем государственного судебно-экспертного учреждения.

Организация и производство комиссионной судебной экспертизы возлагаются на руководителя государственного судебно-экспертного учреждения либо на руководителей нескольких государственных судебно-экспертных учреждений.

Комиссия экспертов согласует цели, последовательность и объем предстоящих исследований, исходя из необходимости решения поставленных перед ней вопросов.

В составе комиссии экспертов, которой поручено производство судебной экспертизы, каждый эксперт независимо и самостоятельно проводит исследования, оценивает результаты, полученные им лично и другими экспертами, и формулирует выводы по поставленным вопросам в пределах своих специальных знаний. Один из экспертов указанной комиссии может выполнять роль эксперта-организатора; его процессуальные функции не отличаются от функций остальных экспертов.

Статья 22. Комиссия экспертов одной специальности

При производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами одной специальности каждый из них проводит исследования в полном объеме и они совместно анализируют полученные результаты.

Придя к общему мнению, эксперты составляют и подписывают совместное заключение или сообщение о невозможности дачи заключения. В случае возникновения разногласий между экспертами каждый из них или эксперт, который не согласен с другими, дает отдельное заключение.

Статья 23. Комиссия экспертов разных специальностей

При производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами разных специальностей (далее - комплексная экспертиза) каждый из них проводит исследования в пределах своих специальных знаний. В заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной

экспертизы, указывается, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел. Каждый эксперт, участвующий в производстве комплексной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность. Общий вывод делают эксперты, компетентные в оценке полученных результатов и формулировании данного вывода. Если основанием общего вывода являются факты, установленные одним или несколькими экспертами, это должно быть указано в заключении. В случае возникновения разногласий между экспертами результаты исследований оформляются в соответствии с частью второй статьи 22 настоящего Федерального закона.

Статья 24. Присутствие участников процесса при производстве судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении

При производстве судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении могут присутствовать те участники процесса, которым такое право предоставлено процессуальным законодательством Российской Федерации.

Участники процесса, присутствующие при производстве судебной экспертизы, не вправе вмешиваться в ход исследований, но могут давать объяснения и задавать вопросы эксперту, относящиеся к предмету судебной экспертизы.

При составлении экспертом заключения, а также на стадии совещания экспертов и формулирования выводов, если судебная экспертиза производится комиссией экспертов, присутствие участников процесса не допускается.

В случае, если участник процесса, присутствующий при производстве судебной экспертизы, мешает эксперту, последний вправе приостановить исследование и ходатайствовать перед органом или лицом, назначившими судебную экспертизу, об отмене разрешения указанному участнику процесса присутствовать при производстве судебной экспертизы.

Особенности присутствия участников процесса при производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц определяются главой IV

настоящего Федерального закона.

Статья 25. Заключение эксперта или комиссии экспертов и его содержание

На основании проведенных исследований с учетом их результатов эксперт от своего имени или комиссия экспертов дают письменное заключение и подписывают его. Подписи эксперта или комиссии экспертов удостоверяются печатью государственного судебно-экспертного учреждения.

В заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены:

- время и место производства судебной экспертизы;
- основания производства судебной экспертизы;
- сведения об органе или о лице, назначивших судебную экспертизу;
- сведения о государственном судебно-экспертном учреждении, об эксперте (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность), которым поручено производство судебной экспертизы;
- предупреждение эксперта в соответствии с законодательством Российской Федерации об ответственности за дачу заведомо ложного заключения;
- вопросы, поставленные перед экспертом или комиссией экспертов;
- объекты исследований и материалы дела, представленные эксперту для производства судебной экспертизы;
- сведения об участниках процесса, присутствовавших при производстве судебной экспертизы;
- содержание и результаты исследований с указанием примененных методов;
- оценка результатов исследований, обоснование и формулировка выводов по поставленным вопросам.

Материалы, иллюстрирующие заключение эксперта или комиссии экспертов, прилагаются к заключению и служат его составной частью. Документы, фиксирующие ход, условия и результаты исследований, хранятся в государственном судебно-экспертном учреждении. По требованию органа или лица, назначивших судебную экспертизу,

указанные документы предоставляются для приобщения к делу.

Глава IV. Особенности производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении в отношении живых лиц

Статья 26. Производство судебной экспертизы в отношении живых лиц

Судебная экспертиза в отношении живых лиц производится в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве. Круг лиц, которые могут быть направлены на судебную экспертизу, определяется процессуальным законодательством Российской Федерации.

Статья 27. Условия и место производства судебной экспертизы в отношении живых лиц

Судебная экспертиза в отношении живых лиц может производиться в медицинском или ином учреждении, а также в другом месте, где имеются условия, необходимые для проведения соответствующих исследований и обеспечения прав и законных интересов лица, в отношении которого проводятся исследования.

В случае возникновения при производстве судебной экспертизы необходимости стационарного обследования лица оно может быть помещено в медицинский стационар в порядке, предусмотренном статьями 28 - 30 настоящего Федерального закона и процессуальным законодательством Российской Федерации.

Доставка в медицинское или иное учреждение лица, направленного на судебную экспертизу, обеспечивается органом или лицом, назначившими судебную экспертизу.

Статья 28. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы

Судебная экспертиза в отношении живых лиц может производиться в добровольном или принудительном порядке.

В случае, если судебная экспертиза производится в добровольном

порядке, в государственное судебно-экспертное учреждение должно быть представлено письменное согласие лица подвергнуться судебной экспертизе.

Если лицо, в отношении которого назначена судебная экспертиза, не достигло возраста 16 лет или признано судом недееспособным, письменное согласие на производство судебной экспертизы дается законным представителем этого лица.

Круг лиц, которые могут быть направлены на судебную экспертизу в принудительном порядке, определяется процессуальным законодательством Российской Федерации. В случае, если в процессуальном законодательстве Российской Федерации не содержится прямого указания на возможность принудительного направления лица на судебную экспертизу, государственное судебно-экспертное учреждение не вправе производить судебную экспертизу в отношении этого лица в принудительном порядке.

Статья 29. Основания и порядок помещения лица в медицинский стационар

В случае возникновения при назначении или производстве судебно-медицинской либо судебно-психиатрической экспертизы необходимости стационарного обследования лица оно помещается в соответствующий медицинский стационар на основании постановления или определения о назначении судебной экспертизы. Порядок помещения лица в медицинский стационар определяется процессуальным законодательством Российской Федерации.

Лица, содержащиеся под стражей, помещаются для производства судебной экспертизы в медицинские стационары, специально приспособленные для содержания в них указанных лиц.

Часть третья статьи 29 настоящего Федерального закона вступает в силу после приведения уголовно-процессуального законодательства РФ в соответствие с положениями Конституции РФ

Для производства судебно-психиатрической экспертизы лицо

помещается в психиатрический стационар или судебно-психиатрический экспертный стационар только на основании определения суда или постановления судьи. Судебно-психиатрические экспертные стационары могут быть предназначены для помещения в них лиц, не содержащихся под стражей, или для помещения в них лиц, содержащихся под стражей.

Орган или лицо, назначившие судебную экспертизу и поместившие лицо в медицинский стационар в принудительном порядке, обязаны в течение 24 часов известить об этом кого-либо из членов его семьи, родственников или иных лиц по его указанию, а при отсутствии таковых сообщить в орган внутренних дел по месту жительства указанного лица.

Статья 30. Сроки пребывания лица в медицинском стационаре

Лицо может быть помещено в медицинский стационар для производства судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы на срок до 30 дней.

В случае необходимости по мотивированному ходатайству эксперта или комиссии экспертов срок пребывания лица в медицинском стационаре может быть продлен постановлением судьи районного суда по месту нахождения указанного стационара еще на 30 дней.

Ходатайство эксперта или комиссии экспертов о продлении срока пребывания лица в медицинском стационаре должно быть представлено в районный суд по месту нахождения указанного стационара не позднее чем за три дня до истечения 30-дневного срока.

Судья выносит постановление и уведомляет о нем эксперта или комиссию экспертов в течение трех дней со дня получения ходатайства.

В случае отказа судьи в продлении срока пребывания лица в медицинском стационаре оно должно быть выписано из него.

Руководитель медицинского стационара извещает о заявленном ходатайстве и вынесенном судьей постановлении лицо, находящееся в указанном стационаре, а также орган или лицо, назначившие судебную экспертизу.

В исключительных случаях в том же порядке возможно повторное продление срока пребывания лица в медицинском стационаре.

При этом общий срок пребывания лица в указанном стационаре при производстве одной судебной экспертизы не может превышать 90 дней.

Нарушение сроков пребывания лица в медицинском стационаре, установленных настоящей статьей, может быть обжаловано лицом, его защитником, законным представителем или иными представителями, допущенными к участию в деле, а также руководителем медицинского стационара в порядке, предусмотренном процессуальным законодательством Российской Федерации. Нарушение сроков пребывания лица в медицинском стационаре может быть обжаловано также непосредственно в суд по месту нахождения указанного стационара.

Статья 31. Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза

При производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц запрещаются:

ограничение прав, обман, применение насилия, угроз и иных незаконных мер в целях получения сведений от лица, в отношении которого производится судебная экспертиза;

испытание новых лекарственных средств, методов диагностики, профилактики и лечения болезней, а также проведение биомедицинских экспериментальных исследований с использованием в качестве объекта лица, в отношении которого производится судебная экспертиза.

Лицо, в отношении которого производится судебная экспертиза, вправе давать эксперту объяснения, относящиеся к предмету данной судебной экспертизы.

Эксперт не может быть допрошен по поводу получения им от лица, в отношении которого он проводил судебную экспертизу, сведений, не относящихся к предмету данной судебной экспертизы.

Свидания лица, помещенного в медицинский стационар, с его защитником, законным представителем или иными представителями, допущенными к участию в деле, организуются в условиях, исключающих возможность получения информации третьими лицами.

Медицинская помощь лицу, в отношении которого производится судебная экспертиза, может оказываться только по основаниям и в порядке, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

Лицу, помещенному в медицинский стационар, должна быть предоставлена реальная возможность подачи жалоб, заявлений и ходатайств. Жалобы, поданные в соответствии с процессуальным законодательством Российской Федерации, цензуре не подлежат и в течение 24 часов направляются адресату.

Лица, не содержащиеся под стражей, имеют право на возмещение расходов, связанных с производством судебной экспертизы, по основаниям и в порядке, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации.

Статья 32. Условия производства судебной экспертизы в отношении лиц, не содержащихся под стражей, в психиатрических стационарах

Судебно-психиатрическая экспертиза в отношении лиц, не содержащихся под стражей, производится как в судебно-психиатрических экспертных стационарах, так и в иных психиатрических стационарах. Помещение в указанные стационары лиц, содержащихся под стражей, не допускается. Помещение лиц, не содержащихся под стражей, в иные психиатрические стационары не должно существенно затруднять производство судебной экспертизы.

Лица, не содержащиеся под стражей, в период производства судебно-психиатрической экспертизы пользуются правами пациентов психиатрических стационаров, установленными законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

В случае совершения лицом, не содержащимся под стражей, не ограждающим тяжелым психическим расстройством, действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих или дезорганизующих работу психиатрического стационара, администрация данного стационара сообщает об этом в орган внутренних дел, который должен принять к нарушителю меры, направленные на пресечение указанных действий. В случае, если подобные действия совершены лицом, в отношении которого судебно-психиатрическая экспертиза производится в добровольном порядке, оно может быть выписано из психиатрического стационара, о чем администрация данного стационара в письменной форме извещает орган или лицо, назначившие указанную экспертизу.

Статья 33. Условия производства судебной экспертизы в отношении лиц, содержащихся под стражей, в психиатрических стационарах

Судебно-психиатрическая экспертиза в отношении лиц, содержащихся под стражей, производится в судебно-психиатрических экспертных стационарах, предназначенных для помещения в них указанных лиц. Обеспечение безопасности и охрана указанных стационаров осуществляются органами, на которые возложены обеспечение безопасности и охрана мест содержания под стражей.

На лиц, содержащихся под стражей, помещенных в судебно-психиатрические экспертные стационары, распространяются нормы Уголовно-процессуального кодекса РСФСР и Федерального закона «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений». При этом нормы, предусматривающие применение к указанным лицам мер взысканиями их материальную ответственность, не распространяются на лиц с явными признаками тяжелых психических расстройств.

Порядок взаимодействия лиц, обеспечивающих безопасность и осуществляющих охрану судебно-психиатрических экспертных стационаров, с медицинскими работниками указанных стационаров определяется совместно Министерством здравоохранения Российской Федерации и федеральным органом исполнительной власти, на который возложены обеспечение безопасности и охрана мест содержания под стражей.

Статья 34. Обеспечение лиц, помещенных в судебно-психиатрические экспертные стационары

Материально-бытовое и медико-санитарное обеспечение лиц, помещенных в судебно-психиатрические экспертные стационары, осуществляется по нормам и правилам, установленным для психиатрических стационаров законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

Статья 35. Ограничения в применении методов исследований при производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц

При производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц запрещается применять методы исследований, сопряженные с сильными болевыми ощущениями или способные отрицательно повлиять на здоровье лица, методы оперативного вмешательства, а также методы, запрещенные к применению в практике здравоохранения законодательством Российской Федерации. Лицо, в отношении которого производится судебная экспертиза, должно быть информировано в доступной для него форме о методах исследований, применяемых в отношении его, включая альтернативные, возможных болевых ощущениях и побочных явлениях. Указанная информация предоставляется также заявившему соответствующее ходатайство законному представителю лица, в отношении которого производится судебная экспертиза.

У лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза, в медицинском учреждении берутся образцы, необходимые для проведения исследований, о чем указывается в заключении эксперта. Образцы получает врач или иной специалист в присутствии двух медицинских работников данного медицинского учреждения. Принудительное получение образцов у лиц, направленных на судебную экспертизу в добровольном порядке, не допускается.

Статья 36. Присутствие участников процесса при производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц

При производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц могут присутствовать те участники процесса, которым такое право предоставлено процессуальным законодательством Российской Федерации. Присутствие иных участников процесса допускается с разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу, и лица, в отношении которого производится судебная экспертиза, либо его законного представителя.

При проведении исследований, сопровождающихся обнажением лица, в отношении которого производится судебная экспертиза, могут присутствовать только лица того же пола. Указанное ограничение не

распространяется на врачей и других медицинских работников, участвующих в проведении указанных исследований.

Глава V. Финансовое, организационное, научно-методическое и информационное обеспечение деятельности государственных судебно-экспертных учреждений

Статья 37. Финансирование судебно-экспертной деятельности

Деятельность государственных судебно-экспертных учреждений, экспертных подразделений федеральных органов исполнительной власти, в том числе экспертных подразделений органов внутренних дел Российской Федерации, финансируется за счет средств федерального бюджета.

Деятельность государственных судебно-экспертных учреждений, экспертных подразделений органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации финансируется за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Государственные судебно-экспертные учреждения вправе проводить на договорной основе экспертные исследования для граждан и юридических лиц, взимать плату за производство судебных экспертиз по гражданским и арбитражным делам, делам об административных правонарушениях. Порядок расходования указанных средств определяется соответствующими федеральными органами исполнительной власти.

Статья 38. Организационное и научно-методическое обеспечение судебно-экспертной деятельности

Организационное обеспечение деятельности государственных судебно-экспертных учреждений осуществляется соответствующими федеральными органами исполнительной власти или органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Научно-методическое обеспечение производства судебных экспертиз, а также профессиональная подготовка и повышение квалификации государственных судебных экспертов возлагаются соответствующими

федеральными органами исполнительной власти на судебно-экспертные учреждения из числа указанных в частях первой и второй статьи 11 настоящего Федерального закона.

Статья 39. Информационное обеспечение деятельности государственных судебно-экспертных учреждений

Организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности обязаны безвозмездно предоставлять по запросам руководителей государственных судебно-экспертных учреждений образцы или каталоги своей продукции, техническую и технологическую документацию и другие информационные материалы, необходимые для производства судебной экспертизы.

При этом государственные судебно-экспертные учреждения обеспечивают неразглашение полученных сведений, составляющих государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну.

Государственное судебно-экспертное учреждение вправе ходатайствовать перед судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание, следователем или прокурором о получении по окончании производства по делам предметов, являвшихся вещественными доказательствами, для использования в экспертной, научной и учебно-методической деятельности.

Статья 40. Охрана государственных судебно-экспертных учреждений

Охрана государственных судебно-экспертных учреждений обеспечивается их руководителями и финансируется за счет средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации, а также за счет других источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Глава VI. Заключительные положения

Статья 41. Распространение действия настоящего Федерального закона на судебно-экспертную деятельность лиц, не являющихся

государственными судебными экспертами

В соответствии с нормами процессуального законодательства Российской Федерации судебная экспертиза может производиться вне государственных судебно-экспертных учреждений лицами, обладающими специальными знаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, но не являющимися государственными судебными экспертами.

На судебно-экспертную деятельность лиц, указанных в части первой настоящей статьи, распространяется действие статей 2, 4, 6 - 8, 16 и 17, части второй статьи 18, статей 24 и 25 настоящего Федерального закона.

Статья 42. Приведение нормативных правовых актов в соответствие с настоящим Федеральным законом

Поручить Правительству Российской Федерации обеспечить приведение нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти в соответствие с настоящим Федеральным законом.

Статья 43. Вступление в силу настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением части третьей статьи 29, которая вступает в силу после приведения уголовно-процессуального законодательства Российской Федерации в соответствие с положениями Конституции Российской Федерации.

Президент Российской Федерации

В. Путин

Москва, Кремль
31 мая 2001 г.
N 73-ФЗ

Приложение 4.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Цели и задачи судебной психиатрии. Основные направления судебной психиатрии. Место судебной психиатрии в ряду медицинских и юридических наук.
2. Актуальные вопросы судебной психиатрии. Современное законодательство, регулирующее вопросы судебно-психиатрической экспертизы.
3. Понятие психического расстройства. Современные классификации психических расстройств. Принципы их построения.
4. Симптом, синдром, болезнь в психиатрии. Понятие о нозологической форме.
5. Специалисты, работающие в судебной психиатрии. Разграничение компетенции.
6. Судебно-психиатрический диагноз. Соотношение диагноза и экспертного решения.
7. Клинические и параклинические методы исследования в судебной психиатрии.
8. Права и обязанности психиатра-эксперта.
9. Подготовка следствием и судом материалов дела к судебно-психиатрической экспертизе.
10. Виды судебно-психиатрических экспертиз. Предпосылки к их назначению.
11. Законодательные акты, регламентирующие назначение судебно-психиатрической экспертизы. Порядок назначения СПЭ.
12. Комплексные судебно-психиатрические экспертизы. Предпосылки к их назначению.
13. Особенности судебно-психиатрического освидетельствования свидетелей и потерпевших.
14. Основные вопросы, ставящиеся на разрешение судебным психиатрам-экспертам в уголовном процессе.

15. Основные вопросы, ставящиеся на разрешение судебным психиатрам-экспертам в гражданском процессе.
16. Акт судебно-психиатрической экспертизы и его оценка следствием и судом.
17. Понятие вменяемости, невменяемости, дееспособности, недееспособности. Статья 22 УК РФ.
18. Медицинский и юридический критерии невменяемости. Их соотношение в принятии экспертного решения.
19. Понятие о «процессуальной дееспособности» в гражданском и уголовном процессе.
20. Принудительное лечение и подходы к его назначению. Законодательные акты, регламентирующие назначение принудительного лечения.
21. Психиатрическое освидетельствование лиц, отбывающих наказание.
22. Расстройства восприятия, их формы, синдромы, в состав которых они входят.
23. Дифференциальная диагностика галлюцинаторных феноменов.
24. Расстройства мышления, их формы, синдромы, в состав которых они входят.
25. Бред, его формы, синдромы, в состав которых входит бред.
26. Дифференциальная диагностика острого и хронического бреда.
27. Аффективные расстройства, их формы, синдромы, в состав которых они входят.
28. Расстройства памяти, их формы, синдромы, в состав которых они входят.
29. Синдромы нарушения сознания. Клинические критерии нарушения сознания.
30. Понятие о позитивных и негативных расстройствах. Соотношение тяжести позитивных и негативных расстройств.

Приложение 5.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.

В работе практикующего юриста время от времени возникает необходимость обращаться к специальной литературе по смежным дисциплинам, в частности – по судебной психиатрии. В зависимости от ситуации может возникать необходимость знакомства с судебно-психиатрическими вопросами как в поверхностном, так и в глубоком объеме.

Для поверхностного ознакомления с вопросами общей и судебной психиатрии может оказаться вполне достаточным чтение учебных пособий. В СССР и России учебники по судебной психиатрии издавались неоднократно. Большинство из них отличались и отличаются высоким уровнем изложения клинических, экспертных и юридических вопросов. В то время как клинические и экспертные подходы меняются относительно медленными темпами, юридические вопросы меняются быстро, поскольку совершенствуется российское законодательство. Поэтому для поиска справки по юридическим вопросам необходимо выбирать наиболее современные руководства.

Для более глубокого ознакомления с вопросами законодательства необходимо изучить собственно законодательные документы.

Чтобы иметь глубокое представление о психических расстройствах, психиатрии в целом, необходимо обращаться к специальной медицинской литературе, в частности – к руководствам по психиатрии, написанным для врачей. Возможно, их чтение будет (по объективным причинам) трудным, однако очень полезным. В случае необходимости можно обращаться к монографиям по конкретным вопросам психиатрии, где, как правило, имеется и исчерпывающий перечень литературы по обсуждаемому вопросу.

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М.: «Медицина», 1993 - 400 с.^{lxxxvi}
2. Алкоголизм (руководство для врачей) (под ред. Г. В. Морозова) М.: Медицина, 1983. – 432 с.

3. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза (пособие для врачей) Т. П. Печерникова с соавт. - М. - 1997.
4. Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступное поведение и психические аномалии. М.: «Спарк», 1998 - 215 с.
5. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. Ташкент: Медицина, 1976^{lxxxvii}.
6. Болдырев А. И. Эпилептические синдромы. М.: Медицина, 1976. - 264 с.
7. Братусь Б. С. Аномалии личности. М., «Мысль», 1988, - 301 с.
8. ♥ Бэрон Р. Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер-паблишинг, 1997 - 336 с^{lxxxviii}.
9. Васильев В. Л. Юридическая психология. СПб.: «Питер Пресс», 1997. - 650 с.
10. ♥ Выготский Л.С. Психология. М.: «Питер», 2000, - 489с.
11. ♥ Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.: «Север», 1933, - 143 с^{lxxxix}.
12. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. М.: «Триада-Х», 1999 - 266 с.
13. ♥^{xc} Годфруа Ж. Что такое психология.- М., 1993.- Т. 1-2.
14. Гульман Б. Л. Сексуальные преступления.- Харьков: ИМП "Рубикон", 1994.
15. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. М.: Медицина, 1980. - 271 с.
16. Гурьева В. А. (ред). Подростковая судебная психиатрия. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998 - 364 с.
17. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. - Томск; Изд-во Том. ун-та, - 1994. - 310 с.
18. Дмитриева Т. Б., Иммерман К. Л., Качаева М. А., Ромасенко Л. В. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998 - 272 с.
19. Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В. Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия (пособие для врачей) М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998 - 136 с.

20. ♥ Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.: МГУ, 1976. – 237 с^{xcī}.
21. Имелинский К. Сексология и сексопатология: Пер. с польск. - М.: Медицина, - 1986. - 424 с.
22. Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей. Л.: Медицина, 1982. – 223 с.
23. ♥ Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. М.: Медгиз, 1952. – 152 с^{xcīi}.
24. ♥ Каннабих Ю. В. История психиатрии. М., 1928^{xcīii}.
25. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. М.: «Гэотар медицина», 1998 - 505 с.
26. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. - М., 1994- Т. 1-2^{xciv}.
27. Карвасарский Б. Д. Неврозы. М.: Медицина, 1980. – 448 с.
28. Карлов В. А. Эпилепсия. М., «Медицина», 1990, - 336 с.
29. ♥ Кербиков О. В., Коркина М. В., Наджаров Р. А., Снежневский А. В. Психиатрия. М.: Медицина, 1968. – 448 с^{xcv}.
30. Кле М. Психология подростка. - М., 1991.
31. Клиническая психиатрия (под ред. Г. Груле) М.: Медицина, 1967.
32. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. М.: Медицина, 1995 - 560 с.
33. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М.: Медицина, - 1985. - 286 с.
34. Кокс Т. Стресс. М.: Медицина, 1981. – 216 с.
35. Комментарий к Законодательству РФ в области психиатрии (под ред. Т. Б. Дмитриевой). М., «Спарк», 1997, - 363 с.
36. Кон И.С. Введение в сексологию. - М.: Медицина, - 1988. - 320 с.
37. ♥ Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства. СПб. Изд-во журнала «Практическая медицина» В. С. Эттингера, 1909 - 430 с^{xcvi}.
38. Кроткова О.А., Карасева Т.А., Найдин В.Л. Количественная оценка нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных: Методические рекомендации. - М., 1982.
39. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство)

- М.: Изд-во МГУ, 1999 - 497 с.
40. Кудрявцев И.А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. - М.: Юрид. лит., - 1988. - 224 с.
 41. ♥ Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, «Вища школа», 1981, - 390 с^{xcvii}. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Л.: Медицина, 1985.
 42. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.
 43. Лоренц К. Агрессия -М., 1994.- 210 с.
 44. Лукомский И. И. Маниакально-депрессивный психоз. М.: Медицина, 1968. - 159 с.
 45. Лунц Д. Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. М.: «Медицина», 1966 - 236 с.
 46. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М., 1969.
 47. Майерс Д. Социальная психология. . СПб.: «Питер Пресс», 1997. - 688 с.
 48. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. М.: «Медицина», 1995 - 256 с.
 49. Маслоу А. Г. (1954) Мотивация и личность. СПб.: Евразия, 1999 - 478 с.
 50. ♥ Международная классификация болезней (10-й пересмотр). - Классификация психических и поведенческих расстройств.- ВОЗ.- СПб, 1994.
 51. ♥ Международная классификация болезней 10 пересмотра. Класс 5. Психические расстройства и расстройства поведения. Адаптированный для использования в Российской Федерации. М., РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998, - 360 с.
 52. Михеев Р. И. Проблемы вменяемости, вины и уголовной ответственности (теория и практика). Дисс. ... доктора юрид. наук, М. - 1995.
 53. ♥ Морозов Г. В., Белов В. П., Боброва И. Н., Гурьева В. А. и др. Судебная психиатрия (руководство для врачей). М., «Медицина», 1988, - 400 с.
 54. Морозов Г. В., Лунц Д. Р., Фелинская Н. И. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. М.: Медицина,

1976. – 336 с.

55. Нохуров А. Нарушения сексуального поведения: судебно-психиатрический аспект. - М.: Медицина, - 1988. - 225 с.
56. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы.- Л.,1988.
57. Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация. Л.: Медицина, 1981. - 208 с.
58. Общая сексопатология: (Руководство для врачей). // Под ред. Г.С.Васильченко. - М.: Медицина, - 1977. - 488 с.
59. Ограниченная вменяемость (сборник научных трудов). М.: РИЦ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1996. - с. 18-28
60. Озерецкий Н.И. Психопатология детского возраста. - Л., - 1938.
61. Пелипас В.Е. Симуляция психических расстройств и ее распознавание при судебно-психиатрической экспертизе. Методические указания. М., 1983, 26с.
62. Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д. Эпидемиология психических расстройств. М.: НЦПЗ РАМН, 1996, - 136 с.
63. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Л.: Медицина, 1971. - 368 с.
64. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. Л.: Медицина, 1975. - 334 с^{xcviii}.
65. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. М.: Мир, 1994 - 320 с.
66. Романов В.В. Юридическая психология. Москва. «Юрист»1998.- 324с.
67. ♥ Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946, переиздание: СПб, «Питер Ком», 1999, - 720 с.
68. Руководство по психиатрии (под ред. А. С. Тиганова). М.: Медицина, 1999. Т. 1-2.
69. Сафуанов Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе (научно-практическое пособие). М.: «Гардарика», 1998 - 192 с.
70. Свядоц А.М. Женская сексопатология. Изд. 1-е. - М.: Медицина, - 1974. - 183с.; Изд. 3-е, перер. и доп. - М.: - 1988. - 175с.
71. Свядоц А. М. Неврозы и их лечение. М.: Медицина, 1982. – 366 с.

72. ♥ Сексопатология: Справочник (под ред. Васильченко Г.С.). - М.: Медицина, - 1990. - 428с.
73. Семке В. Я. Истерические состояния. М., «Медицина», 1988, - 224 с.
74. Ситковская О. Д. Психология уголовной ответственности. М.: "Норма", 1998. - 285 с.

^{liii} Здесь картина осложняется алкоголизмом.

^{liv} Приведем пример: предположим, больной шизофренией в период обострения совершает убийство по бредовым мотивам. В отношении него, вероятнее всего, будет вынесено экспертное решение о невменяемости. Если спустя несколько лет тот же больной, находясь в состоянии ремиссии, совершит кражу, руководствуясь корыстными мотивами, вероятнее всего будет вынесено решение о вменяемости и применена ст. 22 УК РФ.

^{lv} В УК РФ не случайно применена формулировка «фактический характер». Бросая из окна горшок с цветком, человек должен учитывать не только факт грязи на мостовой, но и потенциальную возможность причинить вред здоровью случайного прохожего или повреждение проезжающему автомобилю. Можно представить себе ситуацию, когда в силу психического расстройства формальное понимание характера поступка будет сохранено, а фактический характер действия (угроза жизни, здоровью и т.д.) – не буде восприниматься.

^{lvi} Я намеренно употребляю такую «усредненную» формулировку. В конкретных случаях в уголовном или гражданском процессе надо использовать соответствующие формулировки, которые заложены в Кодексах.

^{lvii} В случае СПЭ живого подэкспертного оценить его состояние, даже в ретроспективном плане, значительно легче, поскольку представляется возможным исследовать его настоящее состояние.

^{lviii} Однако это не значит, что лицо будет признано невменяемым (недееспособным), поскольку должен выполняться и юридический критерий.

^{lix} Это особенно важно знать юристам, поскольку эксперты только рекомендуют вид принудительных мер медицинского характера, а назначает их суд.

^{lx} Класс F (психические расстройства) МКБ-10 представляет собой в полном изложении (без комментариев) толстую книгу (около 400 страниц). Поскольку текст МКБ – официальный документ, на него не распространяется авторское право (исключение – комментарии). Поэтому его разрешено копировать и печатать без ограничений. Изданий МКБ-10 очень много.

^{lxi} Болезнь Альцгеймера относится к классу G (неврология) МКБ-10

^{lxii} Имеются в виду болезни Пика, Паркинсона, Геттингтона, деменция при эпилепсии и др., классифицируемые преимущественно как неврологические.

^{lxiii} То есть, не Корсаковский синдром.

^{lxiv} Не путайте с расстройствами личности (психопатиями)!

^{lxv} Знак «х» обозначает, что может использоваться дополнительная кодировка.

^{lxvi} Это новая рубрика, в которую попадают случаи латентной шизофрении (глубокого шизоидного расстройства личности?), когда имеются нарушения поведения, эмоций, мышления, но типичной шизофренической симптоматики нет.

^{lxvii} В классической психиатрии начала XX века – «мономании, паранойя», т.е. хронический бред без иной симптоматики психотического уровня.

^{lxviii} Фактически, это временный диагноз (как и депрессивный эпизод) который можно установить однократно, а потом заменить более точным.

^{lxix} В классической психиатрии «маниакально-депрессивный психоз».

^{lxx} Повторные депрессивные эпизоды без маниакальных эпизодов.

^{lxxi} Под термином «конверсия» подразумевается тяжелый, неприятный аффект, который возникает в ответ на различные неразрешимые трудности, а потом трансформируется в иные симптомы, как правило, затрагивающие память и движение.

^{lxxii} Это группа расстройств, когда имитируются симптомы соматического заболевания.

^{lxxiii} Антидепрессантами, слабительными, анальгетиками, витаминами, гормонами.

75. ♥ Снежневский А. В. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983, Т. 1-2.
76. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. М., Институт прикладной психологии, 1998.- 511с.
77. Современное уголовное законодательства и судебная психиатрия. Пособие для врачей (под ред. Т. Б. Дмитриевой и Б. В. Шостаковича). М., РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998, - 136 с.

^{lxxiv} В классической психиатрии «психопатии».

^{lxxv} В классической психиатрии «развития личности».

^{lxxvi} Типичный пример – Маугли (Р. Киплинг).

^{lxxvii} По мере взросления пациента диагноз может меняться. Взрослым многие из этих диагнозов не ставятся.

^{lxxviii} Ныне – Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии (ГНЦ ССП) им. В. П. Сербского. Москва, 119839, Кропоткинский пер. 23. Руководитель экспертного учреждения (директор) – Академик РАМН, доктор мед. наук, профессор Т. Б. Дмитриева

^{lxxix} Суд может поручить проведение экспертизы как экспертному учреждению, так и конкретным лицам, а может указать, каких лиц необходимо включить в состав комиссии, независимо от того, работают ли они в данном экспертном учреждении. Ведущий мотив включения в состав комиссии сотрудников других учреждений – имеющийся у них большой личный опыт в работе с соответствующим контингентом больных.

^{lxxx} В настоящий момент Министерством Здравоохранения введена подспециальность – «Врач судебно-психиатрический эксперт».

^{lxxxi} Как правило, председатель комиссии – самый опытный из членов комиссии, а врач докладчик – самый молодой из докторов. Разумеется, основную работу с подэкспертным проводит врач-докладчик.

^{lxxxii} Согласно Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» на лечение должно быть получено согласие подэкспертного.

^{lxxxiii} В частности, ст. 60 УК РФ предусматривает, что личность виновного учитывается при назначении наказания.

^{lxxxv} Поскольку инструкция 1970 года, то она использует УК РСФСР, а в настоящее время действует УК РФ (принят в 1996, вступил в силу с 1997). Разумеется, надо использовать все формулировки нового УК.

^{lxxxvii} Книга неоднократно переиздавалась.

^{lxxxviii} Книга переиздавалась в том же издательстве.

^{lxxxix} Классический труд П. Б. Ганнушкина неоднократно переиздавался.

^{xc} Этим значком я отметил книги, которые никого не оставят равнодушными, даже не более чем любопытных читателей (на мой взгляд, возможно, я ошибаюсь).

^{xci} Классический труд Б. В. Зейгарник неоднократно переиздавался.

^{xcii} Книга переиздавалась.

^{xciii} Имеется репринтное издание 1994 года и современное переиздание книги.

^{xciv} Две книги, принадлежащие одним и тем же авторам, очень сильно различаются. Книга, изданная «Медициной» - подробный, почти дословный перевод, а «Гэотар медициной» - перевод с подробным комментарием ведущих российских психиатров.

^{xcv} Классический учебник. Там есть не только красочные описания, но и великолепные фотографии.

^{xcvi} Классическое руководство с очень подробными клиническими описаниями. В оригинальном руководстве с целью «сохранения нравственности» очень много латинского текста. В 1997 г. руководство переиздано с переводом латинских текстов и подробными комментариями.

^{xcvii} Книга неоднократно переиздавалась.

^{xcviii} Книга переиздавалась.

78. Спивак Д.Л. Язык при измененных состояниях сознания. - Л., 1989.
79. Спиркин А.Г. Сознание и самосознание. - М., 1972.
80. Старович З. Судебная сексология. - М., 1991.
81. Судебная медицина: Учебник под редакц. В.М. Смольянинова изд. - 2, - М.: " Медицина; - 1982. - 464 с.
82. ♥ Судебная психиатрия / под ред. Б. В. Шостаковича - М.: Зерцало, 1997.
83. Ткаченко А.А. Комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза. - М., 1995.
84. Ткаченко А.А. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза: подходы к экспертной оценке лиц с парафилиями. Метод. реком. - ГНЦСиСП им. В.П.Сербского, - М. - 1995.
85. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. - М., - 1973.
86. Фелинская Н. И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М.: «Медицина», 1968 - 252 с.
87. Хьелл Л., Зиглер. Д. Теории личности. СПб.: «Питер Пресс», 1997. - 650 с.
88. Частная сексопатология: (Руководство для врачей). // Под ред. Г.С.Васильченко. - т.2. - М.: Медицина, - 1983. - 343с.
89. Шейдер Р. Психиатрия. М.: Практика, 1998 - 485 с.
90. ♥ Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев, «Сфера», 1999, - 236 с.
91. Шостакович Б.В., Ткаченко А.А. Эксгибиционизм.- Таганрог, 1992.
92. Штернберг Э. Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977. - 216 с.
93. ♥ Шумский Н. Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. Спб.: «Академический проект», 1997 - 392 с.
94. ♥ Ясперс К. Общая психопатология - М.: Практика, 1997 - 1056 с.

^{lxxxiv} Если симуляция – демонстрация патологии там, где ее нет, то аггравация – преувеличение имеющихся признаков болезни.

^{lxxxvi} Книга неоднократно переиздавалась.